



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Scuola di Medicina

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Sede Ivrea

Tesi di Laurea

Il metodo Montessori, un possibile aiuto nella demenza

The Montessori Method, a possible help in dementia

Relatore:

Roberto Quarisa

Candidato:

Salvatore Astorino

Anno Accademico: 2018-2019

A mia madre

Ringraziamenti

A mia Mamma che mi guarda da lassù

Ai miei Angeli che mi guardano qui giù da lungo tempo

A Roberto, il mio Relatore, per avermi accolto e guidato con tanto entusiasmo

A Laura e Giancarlo semplicemente grandi

Ai miei Super amici Domenico, Alessandra e Nino che facendo il tifo, e non solo, per me, mi hanno sempre sostenuto in questo emozionante percorso

A Fabiana e Matteo, belli e forti come il sole

A Caterina e Davina che mi hanno sempre trasmesso tanta energia positiva

Ad Elisabetta che senza di lei nulla sarebbe stato

A Daniela che mi ha costantemente supportato

A Pierpaolo che credette in me

Ai miei Super infermieri formatori Noemi, Roberto e Loredana

A Paolo ed alla sua famiglia coi quali, assieme a Biagio e Vito mi hanno allietato in tanti momenti

A Costanza e Fabrizia, Antonio ed Elena, Tonio e Claudia, Chiara e Stefania che, anche se lontani nello spazio e nel tempo, mi sono stati sempre vicini

A Sathèn e Foley fedeli compagni di viaggio

A Me stesso

Indice

Introduzione	1
Capitolo 1. La demenza	3
1.1 Cos'è la demenza	3
1.2 Le cause	4
1.3 Prevalenza ed incidenza	5
1.4 I costi della demenza	6
1.5 Terapia farmacologica	6
1.5.1 Farmacoterapia nell'Alzheimer	6
1.5.2 Farmacoterapia nella demenza di origine vascolare	7
1.5.3 Farmacoterapia delle demenze da carenze nutrizionali	7
1.5.4 Farmacoterapia applicata ai sintomi comportamentali della persona affetta da demenza	8
1.6 Approccio non farmacologico	9
Capitolo 2. Terapie non farmacologiche per la cura della demenza: ricerca in letteratura	12
2.1 Arte terapia	12
2.2 Comunicazione validante	13
2.3 Horticultural Therapy	13
2.4 Doll Therapy	14
2.5 Terapia della reminiscenza	15
2.6 ROT (Reality Orientation Therapy)	15
2.7 Trattamenti sensoriali e multisensoriali (Snoezelen Therapy)	16
2.8 Musicoterapia	17
2.9 Attività fisica	17
2.10 Pet Therapy	18

2.11 Danzaterapia	19
2.12 Terapia occupazionale	19
2.13 Modello gentlecare	20
2.14 Metodo Montessori	21
Capitolo 3. Materiali e metodi	25
3.1 Obiettivo della tesi	25
3.2 Fonte dei dati e tipologia di ricerca	25
3.3 Criteri di inclusione	25
3.4 Risultati	26
3.5 Analisi degli articoli	26
Capitolo 4. Risultati	38
Capitolo 5. Discussione	46
Capitolo 6. Conclusioni	48
Appendice	51
Bibliografia – Sitografia	53

Abstract

Introduzione Per le persone alle quali è stata diagnosticata una qualche forma di demenza non reversibile, al fine di migliorare la loro qualità di vita e di chi la società a designato come curante e rallentarne il decorso, vi sono due approcci applicabili e non escludenti l'un l'altro. Quello tradizionale farmacologico e quello non farmacologico che abbraccia un cospicuo numero di attività e rispetto le quali esiste vasta letteratura scientifica. L'approccio esaminato nel presente elaborato abbraccia la filosofia montessoriana e l'obiettivo di questo studio è di verificarne la validità rispetto i sintomi di agitazione ed aggressività quindi il favorire maggior benessere per queste persone.

Materiali e metodi I dati sono stati raccolti facendo una revisione della letteratura attraverso la ricerca di articoli scientifici sulle banche dati accreditate e successivamente esaminati per mezzo di una loro lettura critica.

Risultati L'implementazione della metodologia montessoriana favorisce la riduzione dei comportamenti agitati ed aggressivi delle persone cui è stata diagnosticata una qualche forma di demenza derivandone un miglioramento della qualità di vita.

Conclusioni Gli studi analizzati sono stati condotti in strutture residenziali, ma sarebbe auspicabile effettuarne anche in ambito domiciliare, incrementando così la loro significatività statistica. Qualora si dovessero ottenere i medesimi buoni risultati, si potrebbe favorire l'introduzione del metodo montessoriano su vasta scala, al fine di aumentare la qualità della vita delle persone affette da demenza e dei loro caregivers.

Keywords metodo Montessori, demenza, comportamento agitato, comportamento violento.

Introduzione

Con il termine “demenza” identifichiamo un largo spettro di patologie del sistema nervoso centrale caratterizzate dal progressivo deterioramento delle funzioni cerebrali superiori che sono fondamentali per la vita relazionale. Tali funzioni ci permettono di rielaborare, interpretare e categorizzare le informazioni generate dal contesto di vita. Esse vengono organizzate sistematicamente e memorizzate. Le attività da porre in essere vengono pianificate. Si apprende lo svolgimento di compiti a complessità variabile, con interazione attiva verso l'ambiente esterno che ci consente di dare forma al nostro pensiero, indispensabile nella vita relazionale. La demenza è in progressivo aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità una priorità mondiale di salute pubblica(1): nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030 e del triplo nel 2050. La sopravvivenza media, dopo la diagnosi, è di 8-10 anni. Le strategie terapeutiche per la cura delle demenze contemplano più approcci: quello farmacologico maggiormente diretto a contenere i sintomi di agitazione ansia e depressione, quello psicosociale che guida il rapportarsi tra persona affetta da demenza e ambiente di vita e quello relativo alla gestione integrata per la continuità assistenziale. Soprattutto per le patologie cronico-degenerative come le demenze, dunque, appare d'obbligo definire un percorso assistenziale che contempli un approccio multidimensionale secondo una filosofia di gestione integrata della malattia. Le strategie di cura che non si basano sull'utilizzo di farmaci ed implementate per il trattamento della demenza sono numerose; tra queste viene incluso il metodo pedagogico di Maria Montessori, ideato per i bambini in età prescolare e scolare ed applicato all'anziano con depauperamento cognitivo. L'idea alla base di questo elaborato è nata dall'osservazione in ambito lavorativo delle persone affette da demenza nei cui confronti vengono adottate varie strategie di cura e dalla lettura di un libro di J.Camp Cameron(2) nel quale si afferma la concreta possibilità di applicare il Metodo pedagogico montessoriano

adattato rispetto la persona demente. L'obiettivo del presente lavoro di tesi è verificarne l'efficacia, attraverso una revisione della letteratura.

Nel primo capitolo verrà descritta cos'è la demenza, i suoi sintomi, i numeri nel mondo, le principali cause, i costi, la terapia farmacologica ed un breve accenno alle terapie non farmacologiche. Nel secondo capitolo verranno esaminate le varie tipologie di terapie non farmacologiche dotate di validità scientifica. Nel terzo capitolo verrà esplicitata la modalità di ricerca posta in essere, banche dati utilizzate, criteri d'inclusione degli articoli reperiti seguiti dalla loro disamina. Nel quarto capitolo verranno esplicitati i risultati dell'analisi del materiale considerato. Nel quinto capitolo verranno discussi i risultati. Nel sesto capitolo verranno tratte le conclusioni.

Capitolo 1. La demenza

1.1 Cos'è la demenza

La demenza è una malattia cronico degenerativa caratterizzata dalla progressione più o meno rapida dei deficit cognitivi, dei disturbi del comportamento e del danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza con vario grado di disabilità e conseguente dipendenza dagli altri, fino alla immobilizzazione a letto. Tale patologia, in crescente aumento nella popolazione generale, è stata definita secondo il Rapporto OMS e ADI del 2012 "una priorità mondiale di salute pubblica". Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza della demenza è l'età. Il progressivo incremento della popolazione anziana comporterà un aumento della prevalenza dei pazienti affetti da demenza. L'OMS attualmente stima che i casi di demenza nel mondo siano oltre 50 milioni (ma è previsto che triplichino nei prossimi 30 anni) mentre in Europa questa malattia affligge circa 10 milioni di persone. In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari (stime I.S.S 2016) mentre si attestano a circa 900 mila quelle affette da una condizione a rischio definita come Mild Cognitive Impairment (Mci, deficit cognitivo isolato)(1). L'esordio è generalmente graduale ed insidioso con decorso lento e durata della patologia che si attesta a seguito della comparsa dei sintomi in circa 8 anni.

I disturbi comportamentali (BPSD – Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia), sono solitamente presenti durante il decorso della malattia. I BPSD contemplano un insieme eterogeneo di reazioni psicologiche, sintomi psichiatrici e disturbi comportamentali, comuni a tutti i tipi di demenza con una frequenza del 30-90%: tale variabilità dipende dal tipo di setting e dalle modalità di rilevazione. Sono causa di sofferenza e disagio per i malati ed i caregivers; costituiscono il fattore determinante relativo alla decisione di istituzionalizzare il malato ed a parità di decadimento cognitivo aumentano

notevolmente i costi di assistenza dello stesso non solo a livello economico ma anche a livello psicologico ed emotivo.

I BPSD presentano una diversa frequenza nei diversi stadi della malattia: depressione, ansia e disturbo della personalità possono precedere addirittura la comparsa della malattia e comunque sono più frequenti nel primo stadio. Altri disturbi quali agitazione, ripetitività, resistenza aggressiva, wandering, deliri, allucinazioni ed alterazioni del ritmo sonno-veglia prevalgono in una fase più avanzata.

1.2 Le cause

La demenza colpisce generalmente persone oltre i 65 anni e può avere diverse cause. Le principali possono essere suddivise in quelle di natura vascolare e quelle di natura degenerativa.

Le demenze ad eziogenesi vascolare conseguono all'insorgenza di ripetuti micro-infarti cerebrali responsabili della morte dei neuroni che ricevono sangue dai vasi ostruiti. Questi micro-infarti cerebrali, solitamente, non causano sintomi nel momento in cui si presentano, ma il susseguirsi di tali eventi portano alla morte di un numero di neuroni tale da determinare l'insorgenza della demenza.

Nelle demenze ad eziogenesi degenerativa, la morte dei neuroni è determinata, in maniera lenta e progressiva, da cause non di natura vascolare. Nella malattia di Alzheimer, rispetto cui comincia a delinearsi un certo profilo di predisposizione genetica e che rappresenta il 60-80% dei casi, viene a determinarsi un accumulo, all'interno ed all'esterno del neurone, di alcune proteine quali la beta amiloide, la sinucleoproteina e la proteina Tau. Questi accumuli, nel tempo, impediscono la comunicazione tra le diverse cellule cerebrali dapprima nell'area dell'ippocampo responsabile della memoria e dell'apprendimento per poi estendersi all'area frontotemporale. Questo è il motivo per il quale i primi sintomi dell'Alzheimer riguardano la perdita della memoria associata all'incapacità di apprendere nuove informazioni.

Altre cause sono conducibili a depressione, effetti collaterali di farmaci, eccesso di alcool, patologie tiroidee, carenze vitaminiche in particolare vit.b1, vit.b6 e vit.b12, encefalite, meningite, virus dell'HIV, sifilide, insufficienza renale o epatica, agenti tossici quali piombo e mercurio.

1.3 Prevalenza ed incidenza

Si stima al 2015 che vi siano in tutto il mondo 46.8 milioni di persone affette da demenza. Le proiezioni valutano il raddoppio ogni quasi 20 anni portando a 74.7 milioni entro il 2030 e 131.5 milioni entro il 2050 le persone alle quali viene diagnosticata tale patologia(2).

I nuovi casi di demenza sono ogni anno circa 9.9 milioni. Il 49% di questi insorge in Asia, il 25% in Europa, il 17% nelle Americhe e l'8% in Africa.

L'incidenza di malattia mostra un aumento esponenziale con l'avanzare dell'età, raddoppiando ogni 6.3 anni, passando da 3.9 casi/anno ogni 1000 persone nell'età compresa tra i 60 ed i 64 anni, a 104.8 casi/anno ogni 1000 persone negli ultranovantenni(3).

La prevalenza della demenza aumenta con l'età risultando preponderante nel sesso femminile con valori che si attestano dallo 0,7% nella fascia d'età 65-69 al 23.6% per le ultranovantenni mentre nel sesso maschile si rilevano valori rispettivamente dello 0.6% e del 17.6%.

I dati ISTAT indicano come in Europa sia la Germania ad avere la percentuale più alta di persone che superano i 65 anni d'età e che l'Italia si colloca al secondo posto con il 21.2% degli ultra sessantacinquenni in costante aumento con relativo incremento delle persone affette da demenza.

Attualmente, in Italia vivono circa 1.1 milioni di persone affette da una forma di demenza delle quali oltre 600 mila portatrici della demenza d'Alzheimer.

Nel 2015 il 58% delle persone affette da demenza vive in paesi a basso o medio reddito, proporzione destinata a salire al 63% entro il 2030 ed al 68% entro il 2050.

1.4 I costi della demenza

I costi globali della demenza sono cresciuti da 604 miliardi di dollari nel 2010 a 818 miliardi di dollari nel 2015, registrando quindi un aumento del 35.4%. La nostra stima attuale di 818 miliardi di dollari corrisponde all'1.09% del prodotto interno lordo (PIL/GDP) globale, con un aumento dell'1.01% rispetto alla stima del 2010(4). Se si escludono i costi di assistenza informale, i costi diretti complessivi rappresentano lo 0.65% del PIL mondiale(5).

I costi per persona sono divisi in tre sotto-categorie: costi diretti relativi alle cure mediche, costi diretti relativi all'assistenza (assistenza domiciliare professionale retribuita, case di cura e residenze protette), e costi relativi all'assistenza informale (non retribuita). I costi medici diretti rappresentano circa il 20% dei costi globali della demenza, mentre l'assistenza e i costi per l'assistenza informale rappresentano ciascuno il 40% del totale. Il contributo relativo dei costi di assistenza informale è più elevato nelle regioni africane e più basso in Nord America, Europa Occidentale, e in alcune regioni del Sud America, mentre si verifica l'opposto per i costi assistenziali(6).

1.5 Terapia farmacologica

1.5.1 Farmacoterapia nell'Alzheimer

Attualmente non si dispone di farmaci deputati alla cura delle cause della demenza d'Alzheimer. Tuttavia vengono utilizzate molecole inibitrici dell'acetilcolinesterasi (donepezil, galantamina e rivastigmina) utilizzate nelle prime fasi della malattia le quali inibiscono la degradazione dell'acetilcolina al fine di aumentarne la disponibilità cerebrale quindi compensare in misura più o meno significativa la morte dei neuroni(7).

Nella fase avanzata vengono utilizzate molecole antiossidanti (vit.E e, ginkgo-biloba, memantina e seleglina) al fine di contrastare gli effetti secondari all'iperproduzione di glutammato il quale eccita eccessivamente le

cellule cerebrali determinando abnormi incrementi di calcio nel loro interno cui segue la morte dei neuroni.

1.5.2 Farmacoterapia nella demenza di origine vascolare

Nella demenza ad eziologia vascolare si curano le cause che determinano o comunque ne favoriscono l'insorgenza, quali l'ipertensione arteriosa il diabete mellito e le condizioni che sappiamo associate a disturbi cerebrovascolari globalmente considerati (ne sono due esempi l'ateromasi carotidea e la sindrome delle apnee ostruttive notturne). Compito del paziente e di chi si occupa di lui è quello di condurre un sano stile di vita evitando quelle cattive (quanto comuni) abitudini che provocano ed accelerano il danno vascolare quali tabagismo ed eccessiva assunzione di alcolici(8).

Gli esperti stanno chiedendosi se gli anticolinesterasici ad azione centrale e la memantina possano essere efficaci nel rallentare il declino cognitivo nei pazienti affetti da demenza vascolare. In letteratura non esiste ancora univocità di vedute, per cui ad oggi è ancora dibattuto l'utilizzo di questi farmaci nei pazienti affetti da demenza vascolare(5). Nella pratica va ricordato come spesso questi farmaci siano controindicati in persone affette da demenza vascolare per la presenza di comorbidità quali disturbi del ritmo cardiaco (es. fibrillazione atriale), BPCO ed insufficienza renale cronica.

1.5.3 Farmacoterapia delle demenze da carenze nutrizionali

In questi casi, secondari soprattutto a carenze di vitamine del gruppo B, si instaura una cura atta ad integrare tali stati carenziali. Si tratta non di rado di forme dementigene reversibili.

1.5.4 Terapia farmacologica applicata ai sintomi comportamentali della persona affetta da demenza

Con il termine di BPSD “Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia” vengono intesi i sintomi non-cognitivi ovvero comportamentali delle persone affette da demenza di qualunque origine. Si distinguono 4 clusters:

- emotivo, costituito da depressione, ansia, irritabilità, sensi di colpa, seguiti da ritiro sociale e apatia
- neurofisiologico, dove si osservano disturbi del comportamento alimentare e del sonno;
- comportamentale, i cui sintomi principali sono rappresentati da agitazione, aggressività fisica e verbale, iperattività, *wandering*;
- psicotico, quali allucinazioni e deliri, che sembrano essere in realtà statisticamente presenti in misura minore in fase preclinica della malattia e maggiore nella fase avanzata.

Questi sintomi tendono ad aggravarsi al progredire della malattia ed a sommarsi alla perdita della memoria ed alla sempre più ridotta capacità di cura di se.

Secondo lo schema proposto da Brodaty, 6 pazienti su 10 presentano un disturbo riconducibile alla BPSD con le seguenti gravità: lieve, 3/10 pazienti (n=277.500); moderata: 2/10 paz. (n=185.000); grave: 1/10 paz. (n=92.500). Secondo l’AIFA (Agenzia Italiana Del Farmaco) i soli antipsicotici (tipici e atipici) che hanno in Italia l’indicazione per il trattamento della demenza sono derivati del Butirrofenone: Aloperidolo (N05ADO1), Zuclopentixolo (N05AF05), Diazepine: Clozapina (N05AH02)(9).

Gli studi dimostrano che l’abuso di antipsicotici, mette i pazienti (specialmente gli anziani con demenza) a rischio più alto di cadute, ictus e morte. Altri effetti collaterali gravi possono includere sedazione, tremore, coaguli di sangue e anche il peggioramento dei sintomi di demenza. 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 gli antipsicotici sia di prima che di seconda generazione aumentano il rischio di morte in questa popolazione.

Nel Luglio del 2005 l'AIFA, a seguito delle evidenze della farmacovigilanza in merito all'utilizzo degli antipsicotici di prima e seconda generazione per il trattamento dei BPSD delle persone affette da demenza, ha ritenuto di dover definire un programma di farmacovigilanza attiva rispetto tale argomento in quanto ritenuto necessario al fine di aumentare le conoscenze in proposito.

L'utilizzo del farmaco Risperidal è indicato per il trattamento a breve termine (fino a 6 settimane) dell'aggressività persistente in pazienti con demenza di Alzheimer che non rispondono ad approcci non farmacologici, e quando esiste un rischio di nuocere a sé stessi o ad altri(10 nota 85). Altri trattamenti farmacologici consigliabili e potenzialmente efficaci sono: trazodone o SSRI per ansia e irritabilità, antiepilettici per iperattività e disinibizione, memantina per ansia, irritabilità ed irrequietezza motoria, nessuno per attività motoria aberrante diurna(11).

1.6 Approccio non farmacologico

Definizione: qualsiasi intervento non chimico, mirato e replicabile, basato su una teoria, condotto con il paziente o il caregiver, potenzialmente in grado di fornire qualche beneficio rilevante(12).

Le "Terapie non farmacologiche" (TNF) nel trattamento delle demenze costituiscono un rilevante supporto che si affianca sinergicamente al trattamento farmacologico e sono rivolte alla persona malata, al caregiver ed al personale sanitario.

Le TNF coinvolgono attivamente la persona curata e si fondano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue, allo scopo di sostenere e attivare, con un progetto assistenziale individualizzato, le funzioni mentali

non completamente deteriorate, al fine di mantenere la massima autonomia possibile, rallentare la progressione della disabilità ed evitare l'isolamento sociale coinvolgendo in prima persona il malato.

È stato dimostrato che programmi di educazione dei famigliari, finalizzati alla loro formazione ed alla identificazione di cause e condizioni modificabili all'origine dei disturbi della persona con demenza ed alla implementazione di NPT sono in grado di ridurre significativamente:

- disturbi comportamentali
- Lo stress dei caregiver
- Il grado di disabilità del paziente(13).

Una meta-analisi riguardante 23 RCT che ha coinvolto circa 3300 persone ed i loro famigliari residenti a domicilio, finalizzata a valutare l'efficacia degli interventi rivolti ai caregiver, ha confermato una significativa riduzione dei disturbi del comportamento, superiori a quelli ottenibili con farmaci antipsicotici ed anticolinesterasici(14).

Gli ambiti di cura delle TNF possono riguardare: la cognitivtà, le funzioni neuro-sensoriali, l'affettività, il linguaggio, il sonno, l'alimentazione, le funzioni motorie, l'autonomia personale e le relazioni interpersonali(15).

Nella demenza vengono individuati diversi stadi di gravità e 4 step importanti nella progressione della malattia che vanno dall'autonomia alla totale dipendenza funzionale: 1) MCI, 2) disturbi comportamentali, 3) grave deficit nelle BADL (attività di base della vita quotidiana) e 4) stato vegetativo. Pertanto, gli interventi cognitivi, comportamentali e ambientali avranno un ruolo diverso nelle varie fasi di malattia.

È stato approvato il 30 ottobre 2014, dalla Conferenza Unificata l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento Piano Nazionale Demenze (PND) – Strategie per la promozione ed il miglioramento

della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.9 del 13-1-2015. Il PND prevede la riorganizzazione ed il potenziamento della rete dei servizi quali centri diurni, strutture residenziali e semi-residenziali, istituti di riabilitazione al fine di garantire una diagnosi e relativa presa in carico quanto più precocemente possibile. Prevede, parimenti, la promozione di un corretto approccio alla persona malata ed ai suoi familiari nella consapevolezza dell'essere delle risorse rispetto le problematiche da affrontare nei vari stadi della malattia e nei diversi setting di cura. Ad oggi la messa in opera del PND sopra citato non è stata possibile in quanto mai dotato di copertura finanziaria.

Capitolo 2

Terapie non farmacologiche per la cura della demenza: ricerca in letteratura

Le terapie non farmacologiche vengono sempre più utilizzate come validi coadiuvanti delle terapie farmacologiche nella cura delle demenze permettendo una riduzione dei costi assistenziali, ritardando istituzionalizzazione e progressione della patologia supportando la persona affetta da demenza nel mantenimento di identità ed autonomia quindi della propria dignità.

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 ed 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 attorno al malato, obiettivi che varieranno non solo tra i diversi pazienti, ma anche per il singolo soggetto nell'arco della malattia.

Nel prosieguo del capitolo tratteremo sommariamente le terapie non farmacologiche scientificamente validate per la cura delle demenze nei diversi ambiti operativi.

- **2.1 Arte terapia**

L'arte terapia è una tecnica terapeutica non verbale, che si avvale dell'uso di materiali artistici e che si è mostrata utile ad aiutare e a rendere più accessibili quei vissuti che, pazienti affetti da demenze quali l'Alzheimer non riescono ad esprimere a livello verbale. Le arti terapie attraverso stimoli musicali, pittorici, motori e in generale non-verbali, agiscono in virtù del fatto che riattivano cinestesicamente quella percezione sensoriale che caratterizza le primissime esperienze di ogni essere umano che accanto ad una

stimolazione neuro-cognitiva, consente il “riattraversamento” e quindi la riapertura di file che hanno perso il loro codice di accesso naturale ma che possono essere risperimentati a livello sensoriale(16).

La riabilitazione dei soggetti con tali sindromi è possibile con le tecniche espressive. In particolare, l’arteterapia intesa come tecnica espressiva non verbale che utilizza materiali per creare oggetti che rappresentino il proprio mondo interno è un intervento che rallenta gli effetti delle sindromi dementigene(17).

- **2.2 Comunicazione validante**

Il Metodo Validation è una tecnica di comunicazione con e per le persone molto anziane disorientate o affette da demenza, ideata intorno agli anni '80 da Naomi Feil per ridurre l’ansia e la sofferenza, mantenere la dignità e il benessere dell’anziano. Si fonda sulla convinzione che sia possibile stabilire un contatto, entrare in empatia anche con persone gravemente compromesse da un punto di vista cognitivo. Usa un atteggiamento convalidante, ritenendo che ciò che l’anziano vive dentro di sé sia la sua realtà e vada accettata, condividendo emozioni e bisogni, senza mentire(18).

Attraverso questo metodo si agisce su sintomi quali vagabondaggio privo di meta, aggressività fisica e verbale, stati d’agitazione ed ansia col possibile tradursi in una riduzione dell’uso di psicofarmaci. Altro aspetto da considerare di primaria importanza è il recupero dell’autostima secondario al sentirsi empaticamente compresi.

- **2.3 Horticultural Therapy**

La terapia della cura dell’orto è annoverata tra le terapie non farmacologiche con effetti benefici psico-fisici verso le persone affette da una qualche forma di demenza. Quando ci si trova di fronte questo tipo di patologia, mantenere l’autonomia della persona più a lungo possibile è un obiettivo primario, la cura delle piante raggiunge questo scopo in quanto si stimolano attività

cognitive quali attenzione e capacità di pianificare le azioni. Inoltre si agisce sulla sick building sindrome, il disturbo da ambiente chiuso, quasi sempre presente in coloro che, per motivi di cura, instabilità motoria e sicurezza trascorrono la quotidianità in un luogo con pochi spazi aperti.

È stata condotta una revisione sistematica su 17 studi, la quale ha evidenziato una riduzione dell'agitazione delle persone affette da demenza che frequentavano gli spazi verdi delle cliniche dove risiedevano. La stimolazione sensoriale seguente a questa pratica promuove il riaffiorare dei ricordi che unito al permanere in un luogo aperto e rilassante promuove il tranquillizzarsi della persona(19).

- **2.4 Doll Therapy**

Questo intervento terapeutico nasce sulla base della teoria dell'attaccamento di Bowlby, in Svezia, negli anni '90, ad opera della psicoterapeuta Marie Egedius Jakobsson.

La tecnica in esame si basa sull'utilizzo di un oggetto (doll), che in questo caso è rappresentato dalla bambola, che col tempo rivestirà un significato simbolico. Questa modalità di relazione non verbale è in grado di migliorare il benessere non solo delle persone affette da demenza ma anche quello delle persone affette da patologie psichiatriche gravi canalizzando le energie mentali su attività che favoriscono il recupero delle funzioni di maternage(20).

Numerosi studi supportano la tesi che l'utilizzo della Doll Therapy apporti sostanziali benefici alle persone affette da demenza favorendo il rilassamento e stimolando i processi attentivi e di memoria procedurale, a ciò aggiungasi il positivo influenzamento rispetto i disturbi del sonno(21).

Le linee guida stilate da Mackenzie Wood-Mitchell e James relative alle caratteristiche fisiche della bambola riguardano il corpo che deve essere morbido, gli occhi devono aprirsi e chiudersi al fine di evitare l'angoscia derivante dal fatto che possano pensare che sia morta o che dorma.

- **2.5 Terapia della reminiscenza**

È un intervento che utilizza la naturale propensione dell'anziano a ricordare il proprio passato, le persone vengono incoraggiate a rievocarlo ed a parlare della loro giovinezza, degli eventi accaduti, di se stessi, rammentando ad es. i vicini di casa, la scuola, le feste, il mondo del lavoro, le gite, le ferie, le vacanze, il matrimonio ovvero la loro vita(22).

Pone l'attenzione sui ricordi lontani nel tempo i quali vengono intaccati dalla malattia, solitamente, nelle fasi più avanzate. La dove la si riservasse ai ricordi più recenti, che sono quelli che tendono a perdersi più precocemente, si rischierebbe di mettere in difficoltà la persona in quanto a disagio rispetto il non rammentare più una parte della vita quindi creare in lei uno stato di inadeguatezza.

La Terapia della Reminiscenza può svolgersi in modo informale (spontaneamente durante gli incontri giornalieri) o inserita nell'ambito di un'attività strutturata, individuale o di gruppo con massimo 5-8 partecipanti al fine che ogni partecipante possa essere destinatario della giusta attenzione da parte del professionista.

È stato dimostrato che aumenta il tono dell'umore ed agisce positivamente sull'autostima non solo della persona portatrice di demenza bensì di tutto il suo ambito familiare attenuando la sensazione di isolamento sociale e solitudine che spesso affligge queste persone(23). Le abilità comunicative ne traggono beneficio come anche quelle mnesiche(24).

- **2.6 ROT (Reality Orientation Therapy)**

L'orientamento alla realtà (RO) è stato inizialmente descritto come una tecnica per migliorare la qualità della vita degli anziani con deterioramento cognitivo, anche se le sue origini risiedono nel tentativo di riabilitare i veterani di guerra psichicamente gravemente compromessi. Funziona attraverso la presentazione di informazioni relative all'orientamento (ad es. tempo, luogo e persone) che si pensa forniscano alla persona una maggiore comprensione

di ciò che lo circonda, con conseguente possibile miglioramento del senso di controllo e autostima(25).

Dopo il trattamento con ROT è stato rilevato un miglioramento significativo delle funzioni cognitive e dell' autonomia nelle attività di base della vita quotidiana (ADL). Anche l'angoscia del caregiver ha subito un sensibile ridimensionamento. Oltre ad una riduzione apprezzabile dei disturbi comportamentali(26).

In un altro studio è stata osservato, dopo 20 sessioni di Rot, un netto miglioramento delle funzioni cognitive, linguistiche, di memoria e affettive. La fluidità semantica è migliorata. È stato anche ottenuto un miglioramento nel punteggio della Mini-Mental State Examination (MMSE) quindi miglioramento delle prestazioni a seguito del programma(27).

I programmi di ROT durante le fasi iniziali e intermedie della demenza possono ritardare l'istituzionalizzazione della persona malata rallentando la progressione del declino cognitivo(28).

- **2.7 Trattamenti sensoriali e multisensoriali (Snoezelen Therapy)**

La parola snoezelen deriva dall'accostamento di due termini olandesi "snuffelen" (esplorare) e doezelen (sonnecchiare) fatto da Hans Hulsegge e Verheuel al fine di indicare un'attività di stimolazione sensoriale. Nacque in Olanda negli anni '70 al fine di recuperare memorie profonde e antiche quindi far rivivere delle emozioni che si credevano perdute.

Gli stimoli sensoriali, posti in essere nella stanza Snoezelen, interagiscono con l'olfatto, il gusto, l'udito, la vista ed il tatto e favoriscono comportamenti positivi riducendo quelli disfunzionali attraverso la promozione di un senso di benessere generale, fiducia e rilassamento(29). E' stato dimostrato che la snoezelen Therapy nel promuovere un senso di benessere generale quindi di rilassamento favorisce la comunicazione e, di conseguenza, una riduzione dei comportamenti agitati(30). Dalla letteratura scientifica si evince che a

seguito della sua applicazione apatia, trascuratezza, oppositività, aggressività e depressione si riducono, diminuendo sensibilmente lo stress dei caregiver(31).

L'aroma terapia inserita nella stanza multisensoriale va a stimolare attraverso i sensori olfattivi, due ghiandole cerebrali, l'amigdala e l'ippocampo, le quali svolgono un ruolo fondamentale al riguardo del miglioramento delle funzioni cognitive in generale quindi del benessere mentale delle persone(32).

- **2.8 Musicoterapia**

Da una revisione della letteratura emergono prove positive a sostegno dell'uso della musicoterapia per la cura delle persone affette da demenza in quanto stimola le funzioni cognitive, riduce sintomi quali ansia, depressione e tendenze aggressive favorendo una migliore qualità della vita(33).

Un articolo pubblicato di recente (2017) che prende in esame 28 studi afferma che La MT, anche se condotta da personale non esperto, aumenta l'affettività e riduce gli atteggiamenti aggressivi delle persone affette da demenza (34).

Le tecniche attive ovvero quelle richiedenti una partecipazione fisica quale quella di cantare o suonare un semplice strumento oltre che cognitiva, richiedono una maggiore partecipazione quindi maggiormente adatte a persone con un grado di demenza medio-lieve mentre quelle più ricettive, quindi l'ascolto della musica, si rivolgono maggiormente a persone con deficit più pronunciati le sessioni possono essere svolte singolarmente oppure in gruppo.

- **2.9 Attività fisica**

L'attività fisica come lo sport, la danza, il teatro o anche il semplice movimento supportano la persona al fine di rimanere autonoma il più a lungo possibile attraverso l'allenamento della flessibilità articolare, l'utilizzo delle fibre muscolari e l'aumento della frequenza respiratoria unito ad una maggiore profondità degli stessi atti quindi maggiore ossigenazione

tessutale. Il tutto aumenta la stimolazione cerebrale pertanto si assiste ad un rallentamento del declino cognitivo.

In una revisione della letteratura condotta esaminando articoli scientifici pubblicati tra il 2010 ed il 2018 aventi a tema gli effetti dell'attività fisica sul deterioramento cognitivo dell'anziano affetto da demenza si afferma che quasi tutti gli studi esaminati ne sostengono l'efficacia. In particolare affermano che aiuta a stabilizzare e migliorare le funzioni cognitive e ritardare confusione, depressione ed apatia. Inoltre aumenta l'autonomia migliorando il funzionamento esecutivo della persona e riducendo in maniera significativa il rischio delle cadute(35). Notevoli evidenze relative al rapporto positivo costi benefici di questa terapia non farmacologica vengono rilevate anche da una recente revisione della letteratura(35).

• **2.10 Pet Therapy**

La Pet-Therapy nasce negli anni '60 negli Stati Uniti a seguito di una intuizione del neuropsichiatra infantile Boris Levinson. Nel corso delle sue sedute con i pazienti rilevò come la presenza del suo cane favoriva la comunicazione facilitando l'instaurarsi dell'alleanza terapeutica (37).

Adatti alla Pet Therapy sono soprattutto gli animali domestici primo fra tutti il cane per la facilità con la quale si presta al gioco e l'offerta di compagnia.

Questa terapia applicata nelle strutture residenziali che ospitano persone con vari gradi di demenza riesce ad esplicare tra i suoi maggiori effetti benefici in quanto l'animale funge da "stimolo sensoriale" e "supporto emozionale"(38).

La letteratura scientifica fa emergere che questo genere di intervento con il supporto degli animali riduce significativamente agitazione ed aggressività fisica e/o verbale facilitando la collaborazione col personale di struttura (39).

Si rileva maggiore reattività emotiva, miglioramento del tono dell'umore e delle interazioni sociali tra residenti e tra residenti e personale di struttura(40)

- **2.11 Danzaterapia**

L'approfondimento del se corporea 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 ed i diversamente abili. Col passare del tempo diventano consapevoli che questo metodo può essere utilizzato anche con i bambini, giovani aggressivi ed anziani con deficit cognitivi (41).

I risultati relativi ad una revisione della letteratura confermano l'efficacia positiva della Danzaterapia sulle prestazioni cognitive, fisiche, emotive e sociali delle persone affette da vari tipi di demenza(42).

Nel mentre la si pratica, le parole, nella loro utilità comunicativa, vengono superate dal linguaggio del corpo ed è questo che permette, anche nelle fasi più avanzate della malattia, quando il linguaggio parlato viene estremamente compromesso, la comunicazione tra gli attori del setting.

- **2.12 Terapia occupazionale**

Il principio alla base di questo approccio non farmacologico e riabilitativo si basa sul credere che la persona affetta da deficit psicofisici, ricominciando a sperimentare situazioni di successo nel porre in essere le attività scelte per l'intervento riabilitativo, accrescerà la sua autostima e la sua motivazione ad agire, impiegando le sue energie in attività per lei significative, piuttosto che in comportamenti a finalistici e spesso pericolosi (43).

La terapia occupazionale può essere un intervento efficace per ritardare il declino cognitivo, quello funzionale e ridurre i sintomi psichiatrici nei pazienti con demenza, i maggiori benefici si riscontrano nelle fasi di demenza da lieve a moderata(44).

Una recente revisione della letteratura fornisce evidenze di apporti benefici anche in relazione agli aspetti economici rispetto gli interventi non farmacologici nel campo terapeutico della demenza. Le valutazioni economiche sulla salute suggeriscono che i programmi di terapia occupazionale e gli interventi cognitivi e psicologici erogati direttamente alle persone affette da demenza dimostrano un netto rapporto positivo tra costi e benefici (45).

- **2.13 Modello gentlecare**

Il modello gentlecare è stato ideato dalla dottoressa Moyra Jones alla fine degli anni Novanta in Canada. Da lì si è diffuso negli Stati Uniti e in Europa. Muove dalla considerazione di come una persona affetta da demenza subisca una modificazione nelle sue capacità di interazione con la realtà. Sarà allora utile costruirle attorno una protesi per farle mantenere il più a lungo possibile l'autonomia e ridurre al minimo le situazioni di stress, fonte di agitazione, ansia e aggressività. La protesi è costituita dallo spazio, dalle persone e dalle attività. Si tratta dunque di un modello sistemico che si sviluppa a partire dalla comprensione profonda della malattia e del tipo di disabilità provocata, per poi cogliere e valorizzare le capacità residue della persona affetta da demenza, la sua storia e i suoi desideri così da accrescerne il benessere e sostenerlo.

Questo modello è stato reso operativo per la prima volta in Canada nel 1996 presso la struttura Delta Habilitation Center. In Italia ha preso forma nel 2005 grazie all'interesse del gruppo Ottima Senior, società costituita da Itaca, una cooperativa sociale Onlus di Pordenone(46).

La famiglia, afferma il modello Gentlecare, assume un ruolo fondamentale nella cura della patologia dementigena, in quanto spesso sono i suoi componenti a svolgere la maggiore attività di cura dal momento della diagnosi al termine del decorso. Si ritiene che una adeguata conoscenza

della malattia sia elemento essenziale ai fini di una buona cura, diversamente l'ignoto sarà alla base di una inadeguata assistenza(47).

- **2.14 Il metodo Montessori**

Maria Tecla Artemisia Montessori nata a Chiaravalle il 31 agosto 1870 è stata medico, neuropsichiatra infantile, pedagoga, educatrice e filosofa italiana, nota per il metodo educativo che prende il suo nome, adottato in migliaia di scuole in tutto il mondo, fu tra le prime tre donne a laurearsi in medicina in Italia. L'idea alla base del suo modello d'insegnamento è che il bambino vada lasciato libero di esplorare il mondo che lo circonda, con la certezza che ci sia un impulso nel suo essere che lo spinge verso l'apprendimento. In questo senso è la sua curiosità ad essere il vero motore dell'apprendimento che, se lasciato agire senza interferenze lo porterà a sviluppare al massimo le proprie capacità conquistando il mondo con la forza della sua intelligenza. Compito dell'adulto è quello d'intervenire con metodo sulla predisposizione e strutturazione dell'ambiente educativo, che deve essere organizzato e preparato ad accogliere i bambini rispetto la scelta del materiale da utilizzare ai fini dello sviluppo e sulla ridefinizione del ruolo e della funzione dell'educatore. Il primo elemento che per la Montessori riveste un ruolo fondamentale per lo sviluppo e la crescita dei bambini è l'ambiente. La scuola della Montessori viene chiamata la "casa dei bambini" perché simile all'ambiente di vita naturale del bambino. Necessita di essere organizzata in modo tale da suscitare l'interesse del bambino e venire incontro al desiderio e al bisogno di movimento, di scoperta e di esplorazione autonoma. I bambini debbono avere la possibilità di avere direttamente il possesso degli oggetti e dei materiali di cui, in quel momento, ritengono di aver bisogno, prendendoli dai tavoli, dagli scaffali e armadi. Ruolo dell'educatore sarà quello di rendere disponibile questo materiale senza il suo intercedere. Il bambino in questo modo non incontra più ostacoli strutturali che possano inibire il suo naturale sviluppo senza essere vincolato alla disponibilità ed a volte ai voleri, spesso estemporanei e casuali,

dell'insegnante. I luoghi e gli arredi devono essere pensati tenendo conto dell'età e della corporatura dei piccoli e costruiti all'insegna della leggerezza in modo che, proprio a causa della loro fragilità, rivelino un utilizzo sbagliato da parte di coloro che ne fanno uso. Per questo motivo, nelle scuole montessoriane vengono utilizzati piatti di ceramica, bicchieri di vetro, soprammobili fragili: i bambini sono, in questo modo, invitati a coordinare i movimenti con esercizi quotidiani di autocontrollo, autocorrezione e prudenza. L'organizzazione dell'ambiente è di fondamentale importanza affinché il bambino acquisisca coscienza delle proprie capacità. Lo scoprire l'uso delle sue mani (l'organo dell'intelligenza per la Montessori è proprio la mano) e l'essere sempre più sicuro nella deambulazione, fa divenire il bambino sempre più indipendente. La filosofia alla base del metodo montessoriano si rivolge principalmente alle "attività di vita pratica", cura della persona e cura dell'ambiente: il lavarsi, vestirsi, allacciare le scarpe, spolverare, travasare, stirare, lavare, sbucciare, spremere, trasportare, apparecchiare ecc... È così che il bambino perfeziona l'esperienza dei propri sensi, facendo "ordine" nelle proprie scoperte avvenute grazie anche ai materiali predisposti a questo scopo. Assume un ruolo fondamentale il materiale messo a disposizione dalle persone ovvero quello il cui utilizzo favorisce lo sviluppo attraverso l'educazione dei sensi, fornendo una solida base all'intelligenza e rivestendo per il bambino una "esatta guida scientifica" per la sua attività di organizzazione e classificazione dei contenuti di esperienza. Dunque "Aiutami a fare da me!" è un aforisma che riassume l'intero metodo di Maria Montessori(48) "Aiutami a fare da solo": è quanto ogni bambino chiede agli adulti, in silenzio e da sempre. Richiama gli insegnanti e gli educatori a non interferire con precipitazione nel suo sviluppo dei bambini ma a fornirgli gli aiuti opportuni ed al giusto tempo come risposta alle sue necessità: i bambini imparano da soli. L'infante è già spinto naturalmente, ai fini della sopravvivenza, ad agire per conoscere ed apprendere attraverso la propria esperienza.

È Cameron J.Camp che utilizzando il metodo del programma Montessori, costruisce un approccio alternativo, non farmacologico, nei confronti della

persona affetta da demenza(MPD). Il suo fine è quello di mantenere e/o rinforzare le capacità di base e le abilità necessarie a svolgere le attività di vita quotidiana delle persone affette da questa malattia. Cameron J. Camp cresciuto a Oklahoma City, Texas, ha conseguito nozze con la moglie Linda Camp insegnante del metodo Montessori, successivamente ha conseguito il dottorato in psicologia sperimentale. A New Orleans ha cominciato a lavorare con persone affette da demenza iniziando ad assumere dati circa gli interventi rivolti a questi utenti. Successivamente si trasferisce a Cleveland, Ohio dove lavora presso il Myres Reserch Institute del Menorah Park Center per anziani al fine di concentrarsi sulla ricerca applicata e tenendo seminari sul programma Montessori per la demenza. Le persone affette da demenza necessitano di setting pensati quindi strutturati ed ordinati dove poter utilizzare il materiale precedentemente predisposto al fine di mettere in pratica attività piacevoli e collegate alla quotidianità. È fondamentale fornire loro delle istruzioni brevi e comprensibili, sviluppando un set di attività in base ad una progressione che va dalle azioni più semplici e concrete ad altre più complesse ed astratte. La progressione tra un'attività e l'altra può essere di due tipi, e sempre calibrata in base alle necessità della persona quindi può essere "orizzontale", ad es.: si propongono alla persona delle attività con difficoltà e procedure simili così da lasciar scegliere allo stesso, finché possibile, in un'ottica di libertà ed educazione all'autonomia e che vadano quindi ad agire su una stessa abilità-bersaglio; o "verticale" in tal caso si decide di semplificare (in caso emergano eventuali agitazioni o frustrazioni) od arricchire la richiesta se si verifica l'apprendimento o l'attività risulta eccessivamente semplice. Importante è l'adeguarsi ai tempi della persona, facendo attenzione al massimizzare le possibilità di successo e minimizzare gli insuccessi.

Le attività possono essere suddivise in: sensoriali ad esempio esercizi di discriminazione uditiva, motorie quindi compiere movimenti al fine di stimolare la motricità soprattutto quella fine e la coordinazione, cognitive e sociali per risolvere dei problemi, riconoscimento e confronto di oggetti ed il prendersi cura di se e dell'ambiente (es. curare delle piante, sparecchiare

ecc.). Queste attività sono messe in campo in base al grado di compromissione della persona. Le attività sensoriali sono maggiormente indicate per le persone con demenza severa, mentre coloro che si trovano ai primi stadi della patologia potranno trarre maggior coinvolgimento dalle attività cognitive. Un aspetto da considerarsi fondamentale è l'insegnamento di sequenze di azioni ovvero lo scomporre le attività che possono essere ricomposte in un secondo momento secondo modalità di ripetizione guidata le quali forniscono un feedback immediato, che viene utilizzato soprattutto per quanto riguarda la quotidiana cura del sé (routine di lavaggio, appendere i vestiti, etc...) in modo tale da lavorare sulla memoria procedurale/implicita, che risulta maggiormente preservata rispetto a quella esplicita e permettendo di ridurre la parte verbale maggiormente compromessa. Così facendo si stimola la ricerca ed il riconoscimento di fattori esterni per compensare i deficit cognitivi abbassando il livello di stress e delusione percepiti, maggiormente responsabili dei comportamenti rabbiosi o di agitazione tipici di queste persone(49).

Capitolo 3 Materiali e metodi

3.1 Obiettivo della tesi

L'obiettivo dell'elaborato è quello di valutare, attraverso l'analisi della letteratura scientifica, l'utilizzo del metodo Montessori sul controllo dei sintomi di agitazione ed aggressività delle persone affette da demenza quindi, dove provato, una sua applicazione nei luoghi di cura delle persone affette da demenza.

3.2 Fonte dei dati e tipologia di ricerca

La ricerca è stata condotta nelle banche dati Cinhal, Pub Med, Cochrane, Ebsco e Psychinfo, I termini inseriti nelle stringhe di ricerca sono stati: "Montessori", "dementia", "aggressive behavior", "agitation behavior" "daily activities", variamente combinati tra loro con l'operatore booleano AND

P Persone affette da demenza

I Metodo Montessori

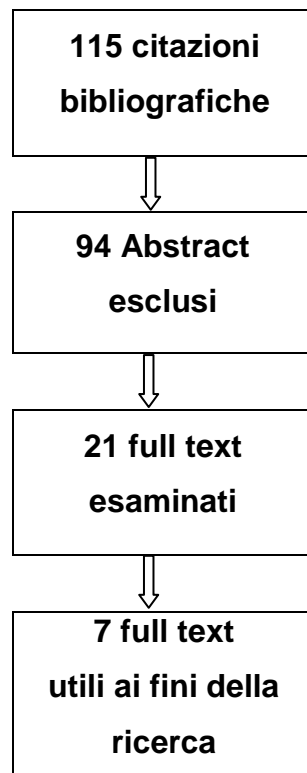
C //

O Inibizione dei comportamenti aggressivi ed agitati nelle persone con demenza nel mentre delle attività di vita quotidiane

3.3 Criteri di inclusione

- Condotti su persone ambo i sessi ed affette da demenza cognitiva e con età superiore o uguale a 65 anni;
- Implemento del principio del metodo di Maria Montessori come terapia non farmacologica
- Revisioni Sistematiche, RCT, studi di coorte, studi osservazionali con abstract disponibile e pubblicati dal 01 Gennaio 2000 ad Agosto 2019
- Scritti in lingua inglese

3.4 Risultati



Nel corso della ricerca sulle banche dati è stata rinvenuta una revisione sistematica della letteratura trattante 14 articoli esaminanti il metodo Montessori. Questo documento non è stato inserito nella ricerca in quanto esaminava solo marginalmente quanto inserito nel quesito di domanda presente in questo elaborato mentre valutava altri aspetti come quelli organizzativi ed alimentari.

3.5 Analisi degli articoli

A seguito della lettura completa di tutti gli articoli selezionati in quanto ritenuti pertinenti ai fini di questo lavoro di tesi, i dati in essi contenuti sono stati analizzati e riassunti nelle seguenti tabelle sinottiche. I dati considerati ai fini dell'analisi di cui sopra sono stati:

- Nome dell'autore

- Anno di pubblicazione dell'articolo
- Titolo dell'articolo
- Obiettivo dello studio
- Setting dello studio
- Campione e criteri di campionamento
- Materiali e metodi
- Risultati ottenuti

Conclusioni di seguito vengono riportate le tavole sinottiche al fine dell'estrazione dati create per ciascun articolo

STUDIO 1

Autore, anno	(Sue Booth, 2018)
Titolo Articolo	Positive Interactive Engagement (PIE): A pilot qualitative case study evaluation of a person-centred dementia care programme based on Montessori principles
Obiettivi	Lo scopo di questo studio è quello di dimostrare che organizzando delle attività sensoriali con programmi PIE, concentrate nelle ore serali, seguendo i principi del metodo Montessori, l'esacerbazione degli stati di agitazione, confusione e ansia che si verifica nelle ore preserali, c.d. fenomeno del sundowning si riducano, innescando una promozione oltre che alla continuità e routine, un aumento dell'autostima, del piacere e dell'impegno quindi maggior benessere.
Setting	Lo studio è stato condotto in una struttura per anziani in South Australia.
Campione	N= 7 residenti di cui 6 donne ed un solo uomo.
Criteri di campionamento	Le interviste semi strutturate sono state condotte da un ricercatore e hanno coinvolto quattro operatori sanitari che hanno partecipato al programma PIE
Materiali e Metodi	Gli esiti del programma PIE sono stati osservati sui seguenti aspetti: <ul style="list-style-type: none"> - agitazione - vagare - cercare di uscire dalle porte chiuse - abusi verbali - minacce fisiche - comportamenti ripetitivi come cantare e parlare ad alta voce - disturbare gli altri

Risultati	Dalle interviste condotte emerge che il programma PIE si è dimostrato utile verso il contenimento dei comportamenti osservati
Conclusioni	Questo studio ha dimostrato che il programma PIE ha contribuito al miglioramento delle attività di vita quotidiana per i pazienti affetti da una demenza cognitiva, riducendo i comportamenti agitati e aggressivi, migliorando così la qualità di vita.

STUDIO 2

Autore, anno	(Scott E Wilks et al, 2019)
Titolo Articolo	Montessori-Based Activities Among Persons with Late-Stage Dementia: Evaluation of Mental and Behavioral Health Outcomes
Obiettivo	Questo studio ha cercato di valutare gli effetti di un programma di attività basato sulla filosofia Montessoriana attuato in una struttura di cura a lungo termine ed applicato verso persone con grado di demenza avanzato al fine di valutare gli esiti in tema di salute mentale e salute comportamentale e di contribuire a fornire informazioni sull'argomento soprattutto in merito al grado di demenza avanzato dove la letteratura scientifica è carente come numero di studi.
Setting	Lo studio è stato condotto in una struttura residenziale per anziani in uno stato del sud degli Stati Uniti
Campione	N = 43 residenti di cui 32 Donne ed 11 Uomini
Criteri di campionamento	Tra i partecipanti figuravano tutti i residenti dell'Hope Village considerati, al momento dello studio, come demenza in stadio avanzato o terminale

Materiali e metodi	<p>Gli esiti del programma MOBA implementato sono stati osservati dal personale di struttura addestrato sui seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -comportamenti problematici - impegno sociale - capacità di svolgere attività di vita quotidiana (ADL) - qualità della vita (QoI) - ansia e benessere psicologico
Risultati	<p>Dai risultati elaborati è emerso che: i comportamenti problematici sono diminuiti sebbene non significativamente; l'impegno sociale è diminuito in modo significativo; le capacità per le attività della vita quotidiana sono diminuite in modo significativo; la qualità della vita è aumentata leggermente ma non significativamente; l'ansia è diminuita leggermente ma non significativamente; e il benessere psicologico è significativamente diminuito.</p>
Conclusioni	<p>I miglioramenti osservati per la qualità della vita e i comportamenti problematici possono rendere promettenti le attività basate sulla filosofia Montessoriana e le relative pratiche sanitarie. Il rapido deterioramento fisiologico e cognitivo della demenza in fase avanzata deve essere considerato nell'interpretazione di questi risultati.</p>

STUDIO 3

Autore, anno	(Ivo Yuen, 2019)
Titolo Articolo	Effectiveness of Dementia Ability Methods: The Montessori Way on agitation in long-term care home residents with dementia in Hong Kong
Obiettivo	L'obiettivo del presente studio è quello di verificare se l'applicazione del metodo Montessori nelle residenze sociosanitarie che ospitano persone affette da demenza

	possa ridurre l'agitazione
Setting	Struttura residenziale dislocata ad Hong Kong
Campione	46 persone ricoverate dai 66 fino a 102 anni
Criteri di campionamento	Diagnosi di demenza in stadio da moderato a grave. 23 persone delle quali 18 donne e 5 maschi, sono stati assegnati casualmente al gruppo d'intervento ed allo stesso modo è stato strutturato il gruppo di controllo.
Materiali e metodi	Gli esiti del programma DMMW sono stati osservati dal personale di struttura opportunamente addestrato e cieco rispetto all'assegnazione al gruppo d'intervento o di controllo sul seguente aspetto: -agitazione
Risultati	E' stata osservata una riduzione dei comportamenti agitati nel gruppo d'intervento quantificata al 22%; è stata rilevata anche una riduzione dei comportamenti aggressivi sia verbali che fisici
Conclusioni	Il presente studio ha dimostrato la validità del trattamento DMMW data la notevole riduzione dei comportamenti agitati ed aggressivi sia a livello fisico che verbale quindi un miglioramento della qualità di vita; durante le fasi osservative è stato notato sia un miglioramento dell'espressione emotiva sul viso dei residenti e sia rispetto alla partecipazione alle attività proposte, aspetti che meritano ulteriori approfondimenti.

STUDIO 4

Autore, anno	(Gail Roberts, 2015)
Titolo articolo	Caring for people with dementia in residential aged care: Successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities
Obiettivo	L'intento di questo studio è di descrivere lo sviluppo di un modello di cure centrato sulla persona e l'impatto della messa in opera del metodo Montessori nei confronti delle persone affette da demenza
Setting	Servizio sanitario della Regione di Victoria, Australia
Campione	N= 16 di cui 12 donne e 4 uomini
Materiali e metodi	Attuazione del modello ABLE contenente i principi e le attività Montessoriane. Variazioni del sistema organizzativo con la partecipazione: della famiglia, dei medici, del geriatra, del fisioterapista, degli infermieri e del dietologo.
Risultati	Riduzione dell'utilizzo di tranquillanti e ansiolitici. Il 25% dei residenti partecipanti allo studio non aveva farmaci psicoattivi prescritti nel corso del progetto. Il 75% dei residenti partecipanti aveva prescritti antipsicotici e farmaci sedativi. Al follow-up a 6 mesi il 58% non aveva più prescritto farmaci antipsicotici o sedativi.
Conclusioni	Durante questa ricerca è stato osservato che l'impatto relativo all'utilizzo di questo nuovo modello di cura nei confronti dei partecipanti allo studio, nella loro vita quotidiana, è stato notevolmente positivo, in particolare, rispetto alla riduzione dell'assunzione dei farmaci e la frequenza d'insorgenza dei sintomi comportamentali legati alla demenza.

STUDIO 5

Autore, Anno	(Eva van derPloeg, 2012)
Titolo Articolo	A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia
Obiettivi	Questo studio si pone il fine di verificare se personalizzando le attività di interazione uno ad uno basate sui principi Montessoriani, vi sia riduzione dell'agitazione nelle persone affette da demenza.
Setting	9 strutture residenziali di Melbourne in Australia
Campione	N= 44 di cui 30 Donne
Criteri di campionamento	La scelta delle strutture per anziani si è basata sulla loro disponibilità ed il criterio di campionamento prevedeva persone alle quali era stata diagnosticata una qualsiasi forma di demenza.
Materiali e metodi	Venivano proposte attività secondo il metodo Montessori ed il confronto avveniva con un gruppo di controllo i cui partecipanti svolgevano attività standard. Le persone partecipanti sono state osservate 30 minuti prima, durante e dopo le sessioni d'intervento. Successivamente i due gruppi sono stati invertiti presenza o assenza di comportamenti aggressivi ed agitati sono stati costantemente osservati.
Risultati	E' stata riscontrata una riduzione degli atteggiamenti aggressivi da parte delle persone inserite nelle attività Montessoriane rispetto al gruppo controllo. Inoltre, è stato osservato maggiore interesse ed impegno costruttivo durante le attività del gruppo sperimentale.

Conclusioni	<p>Sia l'intervento strutturato assecondando la filosofia Montessoriana che gli interventi di controllo si sono mostrati utili per risolvere nei confronti delle persone con demenza comportamenti aggressivi soprattutto nei momenti di esacerbazione durante le attività di vita quotidiana.</p> <p>L'intervento Montessori è particolarmente adatto a calmare le persone affette da demenza che si trovano a risiedere ed a essere ricoverati in un Paese dove viene parlata una lingua diversa da quella che loro originariamente parlavano.</p> <p>Questi interventi hanno favorito il suscitare interazioni più costruttive ed emozioni maggiormente positive rendendo più piacevole il tempo trascorso insieme ai propri cari.</p>
-------------	---

STUDIO 6

Autore, Anno	(Li-Chan Lin, 2009)
Titolo Articolo	Using Acupressure and Montessori Based Activities to Decrease Agitation for Residents with Dementia: A CrossOver Trial
Obiettivi	L'obiettivo di questo studio è quello di osservare l'efficacia della tecnica della digitopressione e del metodo Montessori al fine di inibire i comportamenti agitati ed aggressivi delle persone affette da demenza.
Setting	6 Strutture di assistenza per lungo degenti in Taiwan
Campione	N= 133 persone
Criteri di campionamento	I soggetti scelti sono stati reperiti in sei strutture di lungodegenza e i dati sono stati raccolti dal 2005 al 2006.

Materiali e metodi	<p>Tre gruppi per confrontare gli effetti degli interventi:</p> <p>1- digitopressione</p> <p>2- metodo Montessori</p> <p>3- gruppo d'osservazione</p> <p>Questi tre interventi sono stati svolti in tre sequenze:</p> <p>I sequenza: n=42 digitopressione – periodo osservazionale – metodo Montessori</p> <p>II sequenza: n = 39 metodo Montessori – digitopressione – periodo osservazionale</p> <p>III sequenza: n = 52 periodo osservazionale – metodo Montessori - digitopressione. Le attività sono state svolte in sessioni da 15 minuti, una volta al giorno, 6 giorni alla settimana per 4 settimane. Ogni periodo di intervento comprende: 1 settimana di pre-test, 2 settimane di riposo, 1 settimana di post-test.</p>
Risultati	<p>A seguito dello svolgimento degli interventi di applicazione del metodo Montessori e della digitopressione si è osservata una significativa riduzione dei comportamenti aggressivi ed agitati.</p>
Conclusioni	<p>Questa ricerca conferma l'efficacia degli interventi non farmacologici quali la digitopressione e la metodologia montessoriana al fine di ridurre l'aggressività e l'agitazione nelle persone affette da demenza aumentando così anche l'opportunità di interagire con le altre persone e familiari, mostrando una maggiore compliance durante le attività di vita quotidiana con il personale designato all'assistenza.</p>

STUDIO 7

Autore, Anno	(Silvia Orsulic-Jeras, 2000)
Titolo Articolo	Montessori-Based Activities for LongTerm Care Residents With Advanced Dementia: Effects on Engagement and Affect
Obiettivo	Questo studio vuole dimostrare che le persone ricoverate ed affette da demenza grave rivelino maggior interesse di partecipazione nelle attività basate sul metodo Montessori al fine di ampliare l'utilizzo dello stesso in più centri.
Setting	Centro per anziani sito in Beachwood OH con 350 residenti in lungo-degenza
Campione	N= 16 residenti di cui 14 donne,
Criteri di campionamento	età compresa tra 79-94 anni nel reparto di demenza avanzata
Materiali e metodi	<p>Sono stati posti in essere due interventi con programmi di attività per le persone ricoverate della durata di due giorni a settimana per 15-30 minuti a sessione.</p> <p>Attività di tipo procedurale che utilizzano le capacità residue della memoria "Bingo Memory"</p> <p>Altra tipologia di attività è "Ordinamento in gruppo" durante la quale le immagini vengono inserite in un gruppo di appartenenza.</p> <p>Vengono posti sotto osservazione i seguenti comportamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CE □ impegno costruttivo • PE □ impegno passivo • SE □ auto impegno • NE □ non impegno.

Risultati	<p>Un programma basato sulla metodologia Montessoriana suscita un elevato livello di piacere per svolgere le attività programmate. Ansia e paura nel mentre dell'applicazione del metodo Montessori sono diminuiti.</p> <p>Nel gruppo di controllo, quindi nella condizione di normale attività non è stato riscontrato cambiamento per le quattro diverse suddivisioni (CE, PE, SE e NE).</p>
Conclusioni	<p>La presente ricerca ha dimostrato che le persone affette da demenza hanno avuto un comportamento più rilassato e meno aggressivo durante le attività programmate secondo il metodo Montessori per tutta la durata dello studio.</p>

Capitolo 4

Risultati

Il materiale reperito e ritenuto utile ai fini del presente lavoro di Tesi consta di 7 articoli. La popolazione esaminata è pari a 305 persone e gli studi condotti dal 2000 al 2019. La finalità degli elaborati è alquanto omogenea dato che l'obiettivo comune è stato quello di verificare se la metodologia montessoriana fosse efficace al fine della inibizione dei comportamenti agitati ed aggressivi della persona affetta da demenza.

Le caratteristiche seguenti descrivono la popolazione esaminata e rappresentata negli studi considerati:

- Diagnosi di demenza
- Osservazione condotta in struttura residenziale
- Persone soggetti di ricerca ultra sessantacinquenni
- Consenso informato ottenuto dal tutore/parente
- La persona osservata si è dimostrata agitata in almeno 2 osservazioni nell'arco della giornata
- Il personale infermieristico e medico conferma la non secondarietà di tali comportamenti a patologie in stato acuto che possano determinare ad esempio dolore
- La maggioranza delle persone considerate ai fini delle ricerche utili in questo lavoro di tesi erano di sesso femminile

Le caratteristiche seguenti descrivono la popolazione esclusa dagli studi considerati:

- Persone che rifiutano la partecipazione alle attività proposte in almeno due occasioni
- Persone affette da patologie fisiche in acuto quali lesioni di vario genere o infezioni
- Persone con limitazioni fisiche tali da comprometterne la partecipazione nelle attività come, ad es. Ictus

- Persone che pongono in essere comportamenti pericolosi per i ricercatori
- Persone alle quali la terapia antipsicotica gli è stata variata nel periodo di studio

L'osservazione dei partecipanti è stata condotta mediante l'utilizzo delle seguenti scale che valutano le condizioni di: qualità di vita, affettività, agitazione, aggressività e collaborazione:

- Revised Memory & Behavior Problems Checklist, o RMBPC, (Scott E Wilks 2019)
- Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale, o QoL-AD, (Scott E Wilks 2019)
- Bristol Activities of Daily Living Scale, o BADL (Scott E Wilks 2019)
- Rating for Anxiety in Dementia, o RAID (Scott E Wilks 2019)
- Scala PWB-CIP (Psychological Well-Being in Cognitively Impaired Persons, o PWB-CIP (Scott E Wilks 2019)
- Cohen-Mansfield (CMAI) versione cinese (Ivo Yuen, 2019)
- Scala di Reisberg di deterioramento globale (GDS)(Ivo Yuen, 2019)
- Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (PGCARS) (Eva S van der Ploeg, 2012)
- Affect Rating Scale (Silvia Orsulic-Jeras, 2000)
- Sottoscala RAPA (Gail Roberts, 2015)
- Apparent Affect Rating Scale (AARS) (Li-Chan Lin, 2009)
- Ease-of-Care Inventory (Li-Chan Lin, 2009)
- Apparent Affect Rating Scale (AARS) (Li-Chan Lin, 2009)
- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Li-Chan Lin, 2009), (Gail Roberts, 2015)
- Clinical Dementia Rating (CDR) (Eva S van der Ploeg, 2012)
- Mini-Mental State Examination (MMSE) (Eva S van der Ploeg, 2012), (Silvia Orsulic-Jeras, 2000)
- Menorah Park Engagement Scale (MPES) (Eva S van der Ploeg, 2012)

La disamina degli studi considerati fa emergere, confermando, che le attività di cura basate sul metodo Montessori recano benefici alla persona affetta da demenza sia a livello di socializzazione quindi di rapporti con il personale sanitario, caregiver ed altri residenti, sia per quanto concerne le attività di vita quotidiana.

Quanto si è rilevato dagli studi che applicano questa metodologia assistenziale e presi in considerazione nel presente lavoro, viene come segue sintetizzato:

- Dai risultati dei vari studi esaminati si evince che a seguito dell'implementazione del metodo Montessori, le rilevazioni dei punteggi inerenti i comportamenti di agitazione ed aggressività si sono ridotti drasticamente risultando addirittura dimezzati nello studio di Eva P. rispetto al gruppo di controllo, inoltre nei gruppi d'intervento è stato osservato un maggior interesse ed impegno rispetto le attività proposte.

Si è notato, inoltre, che le persone con le capacità linguistiche maggiormente compromesse hanno beneficiato di miglioramenti più sensibili rispetto lo stesso gruppo d'intervento per quanto riguarda i parametri di agitazione ed aggressività e ciò a favorito la socializzazione con gli altri partecipanti allo studio. Altri due parametri assunti ad oggetto d'indagine del presente elaborato, ADL (activity daily living) e QoL- AD (Quality of Life-AD) sono stati osservati in miglioramento statisticamente significativo. Negli studi di Sue Both e Gail Roberts le ADL non erano direttamente indagate ma sono state comunque osservate e riportate. Ad esempio nella ricerca di Li-Chan L. (56), dove le persone affette da demenza sono state suddivise in tre distinti gruppi al fine di confrontare i risultati tra: nessun intervento/riposo, digitopressione e programma Montessori rispetto agitazione ed aggressività e dove al fine di rendere oggettive le osservazioni è stata utilizzata la scala CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) a sette punti, sono state osservate tre variabili:

comportamento verbalmente agitato, comportamento fisicamente non aggressivo ed aggressività ed è stata rilevata, a seguito della messa in opera del programma Montessori, una significativa riduzione dei punteggi nella scala CMAI al riguardo della variabile fisicamente aggressivo e non aggressivo. Si è anche notato che digitopressione e programma Montessori non sono stati utili a modificare la variabile dei comportamenti verbali agitati. Gli autori di questo studio inoltre affermano che nei partecipanti sottoposti alle attività montessoriane, a differenza di quando sottoposti alla pratica dell'agopuntura, è stato osservato maggior senso di soddisfazione personale (Apparent Affect Rating Scale (AARS)) e ciò è stato imputato al fatto che nella pratica agopuntorea l'interazione era di tipo one-to-one (persona del gruppo d'intervento-operatore) quindi scarsità di interazioni sociali mentre nelle attività montessoriane la possibilità di interagire con gli altri era costante. Nello studio di Gail R.(50) ad es., si osserva, sempre tramite l'utilizzo della scala CMAI pre e post-test, una significativa inibizione degli atteggiamenti fisicamente aggressivi con un $p < 0,01$ mentre per i comportamenti fisicamente e verbalmente agitati si è avuto un dimezzamento del punteggio $p < 0,001$. A seguito di quanto pocanzi descritto si è verificata una sostanziale riduzione di prescrizioni di farmaci antipsicotici e sedativi. Da notare che nessuno studio ad eccezione di quello di Gal Roberts(50) ha osservato, rilevandone i dati, una variazione quali-quantitativa nella prescrizione di psicofarmaci. In linea con i risultati delle altre ricerche anche lo studio di YvoYuen (54)il quale ha evidenziato, tramite l'uso della scala CMAI, una riduzione del 22% della frequenza dei comportamenti agitati in generale e del 19% per quanto riguarda la loro intensità a seguito dell'applicazione del DMMW (metodo Montessori) mentre il gruppo di controllo ha conseguito nessuna riduzione. Andando a valutare le sottocategorie dei comportamenti agitati si nota una riduzione dei punteggi di frequenza con dimensioni di effetto discendente da comportamenti fisici aggressivi, comportamenti fisici non aggressivi ed

in fine comportamenti verbali aggressivi. E' da notare che anche nelle sottocategorie il gruppo di controllo ha sortito nessun effetto.

Anche la recente ricerca condotta da Scott E W.(53) su di un campione di 43 persone con grado di demenza avanzata rinforza i dati osservati sugli effetti positivi che questo tipo di trattamento apporta a coloro cui viene applicato.

Altri aspetti considerati sono quelli:

- emozionali: nello studio di Eva van derPloeg(55) , gli autori, utilizzando la scala Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (PGCARS) per osservare i livelli di piacere, appagamento, rabbia, tristezza, ansia e paura, affermano che le emozioni delle persone del gruppo Montessori erano evidentemente positive e con un aumentato piacere ed impegno nello svolgerle. Anche nello studio di Silvia Orsulic-Jeras(57) si è evidenziato un aumento considerevole per quanto riguarda i punteggi relativi al piacere a seguito del programma Montessori rispetto il programma consuetudinario. Nello stesso studio emerge che i livelli di piacere esibiti dai partecipanti sia al controllo che al trattamento mostrano un altro calo dal post-test1 al post-test2, quindi il ricercatore afferma che i cambiamenti positivi dei partecipanti sono strettamente correlati all'utilizzo del metodo e i comportamenti agiti con rabbia si sono osservati soprattutto nel gruppo delle attività di routine. Anche ansia e paura sono stati osservati con minore frequenza nel gruppo sperimentale.
- Abilità linguistiche: nella ricerca di Eva van derPloeg(55) si pone l'accento sul fatto che essendo l'attività concepita sulla filosofia montessoriana, il fatto che una parte delle persone affette da demenza abbiano le capacità linguistiche compromesse sia per perdita delle stesse o per diversità di lingua madre, queste caratteristiche non compromettono in alcun modo il rapporto tra

operatori e residenti quindi un'adeguata assistenza. Di fatti questo studio ha dimostrato un alto grado di efficacia nel ridurre i livelli di agitazione ed aumentare l'impegno costruttivo delle persone anche con importanti difficoltà linguistiche.

- Partecipazione alle attività di vita quotidiana: la ricerca condotta da Eva van der Ploeg(55) afferma i partecipanti al gruppo sperimentale hanno effettuato le attività programmate con interesse ed impegno costruttivo riducendo significativamente il tempo trascorso in modalità passiva. La scala a tal fine utilizzata è stata la Menorah Park Engagement Scale (MPES). La ricerca condotta da Silvia Orsulic-Jeras(57) esamina al fine di osservare i gradi d'impegno le seguenti 4 categorie: SE (auto impegno) qualsiasi comportamento senza scopo apparente: ad esempio parlare con se stessi; PE (impegno passivo) comportamento di ascolto esibito senza intervenire alle attività: ad esempio guardare dipingere gli altri partecipanti; CE (impegno costruttivo) comportamento motorio o verbale esibito in risposta alle attività programmate da parte del partecipante: ad esempio dipingere durante l'attività artistica; NE (non impegno) guardare in una direzione opposta da quella dell'attività per più di 10 secondi; In questa ricerca viene utilizzata la scala: Affect Rating Scale per osservare nei partecipanti i livelli di piacere, rabbia, ansia, paura e tristezza. I residenti sono stati osservati in tre diversi periodi: pre-test, post-test1 (circa 3 mesi dopo il pre-test), post-test2 (circa 6 mesi dopo il pre-test). Per quanto riguarda le 4 misure appena descritte, a seguito delle attività routinarie, non si sono osservate differenze statisticamente significative. Diversamente, per quanto riguarda il post trattamento sperimentale, nel CE si rileva un significativo miglioramento; nel PE si osserva una riduzione mentre al riguardo di NE ed SE non risultano variazioni statisticamente significative rispetto al gruppo delle attività consuete. La ricerca di Gail Roberts, 2015(50) evidenzia un maggior interesse da parte dei partecipanti al gruppo Montessori al riguardo dello svolgimento della ADL (alimentarsi, riordino vestiario, preparare

la tavola e spazzare). Anche Li-Chan Lin(56)afferma a seguito del suo studio di aver osservato nel gruppo di trattamento e successivamente ad esso un miglioramento degli stessi i quali contribuivano assieme al personale sanitario nelle ADL(dormire, passeggiare, mangiare ed andare in bagno).

- Nella ricerca di Sue Booth(52) “Positive Interactive Engagement (PIE): A Pilot qualitative case study evaluation of a person-centred dementia care programme based on Montessori principles” sono stati impiegati per la raccolta dati, questionari, interviste semi-strutturate ed audio registrate. In questo studio, a differenza degli altri citati, gli operatori raccontano ciò che hanno osservato prima durante e dopo le attività. E’ stata osservata, in alcuni dei partecipanti, nel post-test a differenza del pre-test, un’evidente riduzione di comportamenti come: agitazione, vagabondaggio, cercare di uscire da porte chiuse, minacce fisiche, abusi verbali, disturbo degli altri residenti, cantare o parlare ad alta voce, interrompere i giochi delle attività PIE. Durante le attività del programma i comportamenti sopra citati si sono ridotti e si sono osservati comportamenti positivi di partecipazione ed interesse alle attività come ad esempio: rispondere alle conversazioni con il personale in modo inerente, espressioni facciali positive, gesti con le mani come tenere il tempo della musica, essere rilassato e impegnarsi nelle attività assieme agli altri partecipanti aumentando così il contatto sociale. E’ stata notata anche una riduzione del tempo trascorso in modalità passiva durante le attività del gruppo sperimentale. Questo studio ha analizzato inoltre la soddisfazione derivante dal lavoro da parte del personale sanitario risultando che tre su quattro degli intervistati si sono sentiti soddisfatti del proprio operato soprattutto nel vedere i cambiamenti positivi sui comportamenti dei partecipanti ed una maggior socializzazione tra i residenti durante le attività. Grazie a questi risultati, gli operatori si sono sentiti parte integrante del cambiamento e del miglioramento della qualità di vita degli ospiti. Un punto di forza del programma PIE identificato dal personale sanitario

intervistato è la flessibilità dello stesso con un approccio individualizzato per ogni tipo di persona quindi la sua adattabilità.

Discussione

Prendendo in esame i singoli articoli si può notare che la popolazione in esaminata in ciascuno studio è piuttosto piccola, a fronte di un elevato numero di persone presenti nelle strutture residenziali presentanti caratteristiche tali da poterle inserire nei gruppi di studio, da ciò consegue una scarsa generalizzabilità nella popolazione. Un altro limite in comune tra più studi esaminati è da individuare nel fatto che questi sono stati condotti in strutture dove l'amministrazione, l'assistenza infermieristica, il personale delle attività assistenziali di base e le altre figure assimilabili agli educatori non erano particolarmente aperti alle innovazioni per motivi che potevano essere riconducibili a situazioni economico-strutturali oltre che culturali non favorevoli e dove la programmazione individuale di tutte le attività era destinata a gruppi con un limitato numero di partecipanti. L'obiettivo primario degli studi esaminati, nonostante il non particolarmente elevato numero di partecipanti, è stato raggiunto. Tutti concordano nell'utilità di questo approccio di cura rispetto il favorire una riduzione significativa di agitazione, aggressività cui segue anche una cospicua riduzione di prescrizioni di psicofarmaci ad azione sedativa ed un aumento della qualità di vita. Nello studio di Scott E Wilks(53) si osserva una sensibile riduzione delle capacità per le attività della vita quotidiana quindi una controtendenza rispetto i risultati positivi degli altri studi ma, trattandosi di uno studio condotto su persone affette da demenza in stato avanzato è possibile ritenere, alla luce della tipologia di patologia, che questo dato sia secondario non all'applicazione del metodo montessoriano bensì al naturale progredire della malattia. Questo comunque non esclude che a seguito dell'applicazione del programma vi sia stato un miglioramento nelle ADL da desumersi da un ritardato peggioramento rispetto le condizioni di base che il metodo stesso abbia potuto produrre. Comunque nella stessa ricerca il miglioramento rispetto i comportamenti agitati ed aggressivi, anche se lieve, viene osservato. Replicare questi risultati in un campione di partecipanti aventi un numero maggiore di persone potrebbe portare ad un rafforzamento dei risultati attuali. Gli autori di alcuni studi dichiarano che avrebbero voluto

raccogliere dati precisi e quanto più possibile oggettivi sul tempo di vagabondaggio, da inserire nell'outcome agitazione ma non hanno potuto raccogliere dati precisi per la mancanza di contapassi da far indossare ai partecipanti. Tali studi evidenziano un punto di debolezza nella mancanza di condivisione durante le attività programmate con il metodo Montessori, che avrebbe permesso una continuità metodologica tra esperto e caregiver o familiari nella rilevazione dati prima durante ed a seguito dello svolgimento del programma stesso. Nello studio di Gail Roberts(50) uno dei limiti dello studio è che i punteggi della scala CMAI sono stati registrati dai membri dello staff che non erano ciechi rispetto i profili di ricerca nel corso dell' attuazione del programma.

Conclusioni

La revisione della letteratura condotta nel presente lavoro di tesi ha permesso di confermare che la metodologia montessoriana organizzata ed applicata nella cura delle persone affette da demenza consente loro un rilevante miglioramento della qualità di vita. A rendere ciò possibile è stato il fatto che si è riusciti a soddisfare più adeguatamente le necessità psicologiche, il loro benessere generale, la socializzazione tra i partecipanti al gruppo di studio e tra essi ed i componenti dell'equipe di cura favorendo, questi elementi, la riduzione dei comportamenti agitati ed aggressivi i quali a loro volta favorivano socializzazione e benessere generale. Il progressivo depauperamento delle strutture cerebrali cui consegue un sempre più importante declino delle funzioni cognitive e mnesiche si accompagna a marcati cambiamenti comportamentali che non di rado conducono a manifestazioni aggressive, viene così a determinarsi una modificazione sostanziale a carico della personalità degli assistiti. Ne consegue il condurre familiari e conoscenti a non riconoscere più il proprio caro con conseguente sofferenza nel portare avanti il legame affettivo arrivando a configurare spesso un senso di perdita della persona prima ancora della sua scomparsa. Moralmente risulta di fondamentale importanza riconoscere come persona, ed in tutte le fasi di malattia, a prescindere dalle condizioni cognitive e dalle alterazioni di personalità e comportamentali, coloro che sono affetti da demenza. E' il continuare a riconoscerli come persone che giustifica la doverosità del porre in essere le giuste cure da parte dei soggetti cui questo compito, spesso gravoso, spetta. Quanto appena affermato è necessario ricordarlo alla società in quanto la graduale perdita di consapevolezza del se, che va a sommarsi alle difficoltà relazionali, potrebbero giustificare un atteggiamento che considera queste persone come detentori di una dignità diminuita quindi l'esposizione all'introduzione a forme di discriminazione che violano uno dei principi cardine dei diritti umani ovvero quello dell'uguaglianza che basa il suo fondamento non sul riuscire a fare o possedere bensì dell'essere(51). Lo studio di Eva S van derPloeg(55) evidenzia che a seguito dell'intervento con il metodo Montessori si è rilevato

un generale attenuarsi degli atteggiamenti agitati e aggressivi, ancor più nelle persone che non conoscono o che non ricordano più hanno la lingua madre del paese dove risiedevano al momento dello studio, contribuendo a tessere interazioni maggiormente costruttive, aumentando gli interessi e le emozioni quindi rendendo maggiormente positivo e piacevole il contatto tra persona e familiari o personale sanitario. Al fine di implementare correttamente la metodologia montessoriana, quindi seguirne i principi nel giusto modo, è indispensabile che il personale deputato a ciò sia adeguatamente formato e informato rispetto tutte le possibili attività da poter mettere in campo assieme le persone in cura. Si rileva dai dati statistici delle ricerche assunte ai fini del presente elaborato una significativa riduzione della componente patologica di aggressività ed agitazione, questo permette di lavorare, rapportarsi, con le persone affette da demenza, e non solo, in maniera più costruttiva al fine di preservarne quanto più possibile l'autonomia e rendere se non piacevoli almeno accettabili le attività routinarie di assistenza. Si evidenzia che questa metodologia potrebbe risultare maggiormente efficace la dove vi fosse maggiore condivisione tra personale sanitario e di assistenza in generale e caregiver al fine di creare e sostenere una certa continuità nel porre in essere questo genere di terapia non farmacologica. E' importante questa collaborazione anche ai fini della creazione di un ambiente predisposto in modo tale da risultare sicuro e costruito rispettando la filosofia montessoriana:

- Oggetti personali e di utilizzo quotidiano facilmente raggiungibili
- Porre delle immagini inerenti gli ambienti domestici al fine di favorirne l'orientamento
- Favorire il finger food
- Foto delle persone care apposte nei luoghi maggiormente frequentati così da allenare la memoria
- Favorire delle attività quali il costruire dei puzzle che ricalchino immagini aventi a tema oggetti di uso quotidiano
- Abbinare forme e colori degli oggetti

- Utilizzo di carte organizzate per categorie al fine di giocare (cibi, animali, arredamenti ecc.).

Le sopraesposte attività, se attuate al domicilio, possono rimandare il decadimento sia fisico che cognitivo ritardando l'istituzionalizzazione della persona affetta da demenza, aumentando la qualità di vita non solo di quest'ultima, bensì anche di chi le sta attorno, o comunque, quantomeno ritardarne la riduzione. A questo si aggiunge il fatto che l'inibizione dei comportamenti aggressivi o agitati verrebbe a verificarsi, come è stato osservato nelle strutture residenziali, anche al domicilio della persona potendo risultare questo aspetto da base per una nuova ricerca questa volta svolta in ambito domiciliare. Altro aspetto delineatosi è quello che quanto meglio sta la persona alla quale è stata diagnosticata una patologia dementigena tanto meglio staranno le persone che la società avrà designato alla sua cura, operatori sanitari compresi.

Appendice

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Instructions: For each of the behaviors below, check the rating that indicates the average frequency of occurrence over the last 2 weeks.

Behavior	Never 1	Less Than Once a Week 2	Once or Twice a Week 3	Several Times a Week 4	Once or Twice a Day 5	Several Times a Day 6	Several Times an Hour 7
1. Hitting (including self)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kicking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grabbing onto people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Throwing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Biting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Scratching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Spitting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hurt self or others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tearing things or destroying property	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Making physical sexual advances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Paces, aimless wandering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inappropriate dress or disrobing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trying to get to a different place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Intentional falling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eating/drinking inappropriate substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Handling things inappropriately	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hiding things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hoarding things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Performing repetitious mannerisms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. General restlessness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Screaming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Making verbal sexual advances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cursing or verbal aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Repetitive sentences or questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Strange noises (weird laughter or crying)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Complaining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Negativism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Constant unwarranted request for attention or help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name of Rater: _____

Name of Primary Caregiver/Informant: _____

Note: This is the nursing-home, long version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. For definitions of the behaviors, administration, scoring information, and other versions, please consult the manual.

Reprinted with permission from Jiska Cohen-Mansfield, PhD, Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.

The Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)

	Mean	Median	SD	Range	Lost values (%)	Floor effect (%)	Ceiling effect (%)	Corrected item-total correlation
QoL-ADc (<i>N</i> = 101)								
Physical health	2.28	2.00	0.87	1-4	0	21.8	5.9	0.65
Energy	2.15	2.00	0.88	1-4	0	25.7	5.9	0.59
Mood	2.22	2.00	0.90	1-4	0	25.7	5.9	0.64
Living situation	2.84	3.00	0.77	1-4	0	6.9	15.8	0.56
Memory	1.30	1.00	0.52	1-3	0	73.3	0.0	0.27
Family	2.95	3.00	0.89	1-4	0	8.9	27.7	0.51
Marriage/sentimental relationship	3.06	3.00	0.92	1-4	0	8.9	35.6	0.56
Friends	1.86	1.00	0.97	1-4	2.0	50.5	4.0	0.51
Self as a whole	2.36	3.00	0.95	1-4	1.0	27.0	6.0	0.61
Ability to do chores around the house	1.61	1.00	0.85	1-3	0	62.4	0.0	0.55
Ability to do things for fun	1.77	1.00	0.87	1-3	0	51.5	0.0	0.62
Money	1.83	2.00	0.80	1-4	0	40.6	1.0	0.11
Life as a whole	2.43	3.00	0.75	1-4	0	14.9	1.0	0.67
Total QoL-ADc	28.63	30.00	6.70	13-44	3.0	1.0	0.0	-
QoL-ADp (<i>N</i> = 40)								
Physical health	2.62	3.00	0.96	1-4	0	16.7	16.7	0.66
Energy	2.54	3.00	0.87	1-4	0	14.6	9.8	0.84
Mood	2.63	3.00	0.80	1-4	0	9.8	9.8	0.74
Living situation	2.69	3.00	0.78	1-4	0	9.5	9.5	0.62
Memory	2.41	2.00	0.74	1-4	0	9.8	4.9	0.28
Family	3.07	3.00	0.65	1-4	0	2.4	22.0	0.60
Marriage/sentimental relationship	3.19	3.00	0.62	1-4	0	0.0	30.6	0.49
Friends	2.71	3.00	0.72	1-4	0	7.3	7.3	0.55
Self as a whole	2.63	3.00	0.77	1-4	0	10.0	7.5	0.71
Ability to do chores around the house	2.49	3.00	0.80	1-4	1.0	15.4	2.6	0.72
Ability to do things for fun	2.26	2.00	0.88	1-4	1.0	25.6	2.6	0.60
Money	2.15	2.00	0.66	1-3	0	15.0	0.0	0.41
Life as a whole	2.48	3.00	0.68	1-4	0	7.5	2.5	0.67
Total QoL-ADp	33.45	34.00	6.56	19-47	2.0	0.0	0.0	-

Notes: QoL-ADc, Quality of Life-Alzheimer's Disease (caregiver); QoL-ADp, Quality of Life-Alzheimer's Disease (patient).

Bibliografia - Sitografia

- 1) Alzheimer's Disease International: World Alzheimer report 2015.
Available from
<https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015summary.pdf>
- 2) J.Camp Cameron "Vivere con l'Alzheimer Consigli semplici per la vita quotidiana" pp. 164 Erickson
- 3) Nicola Vanacore responsabile osservatorio sulle demenze ISS, 3 giugno 2019 (reperibile sul sito <https://www.iss.it/is-demenza>)
- 4) <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015.pdf> The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends pg10-27
- 5) Patrizia Mecocci, Marika Ferracci <http://focusbrain.com/la-rivista/numero-1/contributo-esperti/epidemiologia-delle-demenze-e-del.mci.world-alzheimer-report-2016/> n.1 Maggio 2017
- 6) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016: Improving Healthcare for People Living with Dementia: Coverage, Quality and Costs now and in the Future. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2016. [Last accessed on 2017 Feb 08]. Available from:
<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf> .
- 7) <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/world-alzheimer-report-2015-summary-sheet-italian.pdf>
- 8) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016: Improving Healthcare for People Living with Dementia: Coverage, Quality and Costs now and in the Future. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2016. [Last accessed on 2017 Feb 08]. Available from:
<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf> .


- 9) Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005593. DOI: 10.1002/14651858.CD005593.*
- 10) Sara Baldinelli, Chiara Fiori, Mauro Silvestrini in Focus on brain: rivista di neuroscienze. Declino cognitivo: Demenza vascolare: diagnosi differenziale e terapia Numero 1 Maggio 2017 Available from: <https://focusonbrain.com/la-rivista/numero-1/contributo-esperti/demenza-vascolare-diagnosi-differenziale-e-terapia/>
- 11) Nicola Vanacore; ISS; rapporto Nazionale OsMed 2010; 7 Luglio 2011; Reperibile in: <https://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/convegnoosmed2010/Vanacore-OsMed2011.pdf>
- 12) Nicola Vanacore Centro nazionale di epidemiologia Rapporto nazionale OsMed 2010 7Luglio 2011 ISS CNESPS reperibile all'indirizzo internet [Htps://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/convegnoosmed2010/vanacore-osmed2011pdf](https://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/convegnoosmed2010/vanacore-osmed2011pdf)
- 13) Demgeriatrcoogndisord 2010;30:161-178 <https://www.demenzemedicinagenerale.net/imagespdf/trattamenti-non-farmacologici-21-9-2017-milani.pdf>
- 14) Richard Schulz, PhD,¹Louis Burgio, PhD,²Robert Burns, MD,³Carl Eisdorfer, PhD, MD,⁴Dolores Gallagher-Thompson, PhD, ABPP,⁵Laura N. Gitlin, PhD,⁶ and Diane Feeney Mahoney, PhD, APRN⁷Resources for enhancing alzheimer's caregiver health, reach 2 e reach-va. Il careof person with dementia in their environments, cope.Gerontologist. Author manuscript; available in PMC 2008 Nov 5. Published in final edited form as: [Gerontologist. 2003 Aug; 43\(4\): 514–520.](#)
- 15) Brodaty and Arasaratnam, amjpsychiatry 2012. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. [Am J Psychiatry.](#) 2012 Sep;169(9):946-53. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11101529.


- 16) F. Inzerillo, L. Vernuccio, A. Sardella, R. Alcamo, F. Cocita, C. Minneci, L.J. Dominguez, M. Barbagallo Focus on Brain Rivista di neuroscienze (Internet) (Pubblicato Maggio 2017; (circa 5 schermate) Consultato: Luglio 2019) Disponibile all'indirizzo; <https://focusonbrain.com/la-rivista/numero-1/assistenza-al-paziente/arte-terapia-e-demenza/Maggio-2017>
- 17) Ottavia Albanese, Alessandro Pepe, Barbara Ferrari, Manuela Peserico, in "RICERCHE DI PSICOLOGIA " 2-3/2012, pp. 525-542, DOI:10.3280/RIP2012-002024
- 18) R. D'Alfonso, G. La Barbera, C. Siviero, A. Cerri 57° Congresso Nazionale Società Italiana di Geriatria e Gerontologia Corso Infermieri Milano, 23 novembre 2012 pg2.
- 19) Whear R¹, Coon JT², Bethel A², Abbott R², Stein K², Garside R³. What is the impact of using outdoorspaces such as gardens on the physical and mentalwell-being of those with dementia? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. J Am Med Dir Assoc. (internet) 2014 Oct; (cited 2019 Luglio) 15(10):697-705. doi: 10.1016/j.jamda.2014.05.013. Epub 2014 Jul 15
- 20) Mitchell G. Use of doll therapy for people with dementia: an overview. Nurs older people (internet) 2014 Aprile 30 (cited Luglio 2019);26(4):24-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed24787944>
- 21) 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>
- 22) Sabrina Garolfi, Silvana Lerda. Introduzione I .L'identità oltre i ricordi perduti: la demenza di Alzheimer 2013 Pg 84-86
- 23) 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>
- 24) Una strada alternativa alla depressione nell'anziano - Psicologo Milano – Lorenzo Magri (Internet). (cited 2019 Feb 15). Available from: <https://lorenzomagri.it/cura-della-depressione-negli-anziani/>
- 25) Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality orientation for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001119.
- 26) Spagnolo, Pierpaolo¹ | Aricò, Maria¹ | Bergamelli, Cristina¹ | Mazzucco, Stefano | Boldrini, Paolo¹ | Di Giorgi, Enrico¹ | Gallucci, Maurizio¹ | A pilot study on behavioral and cognitive effects of Cognitive Stimulation Training based on 3R Mental Stimulation. The Treviso Dementia (TREDem) Study. Journal: Neuro Rehabilitation, vol. 36, no. 1, pp. 151-156, 2015 DOI: 10.3233/NRE-141202
- 27) Savorani G¹, Chattat R, Capelli E, Vaienti F, Giannini R, Bacci M, Anselmo R, Paletti P, Maioli F, Forti P, Sciumbata A, Ravaglia G. Immediate effectiveness of the "new identity" reality orientation therapy (ROT) for people with dementia in a geriatric day hospital. Arch Gerontol Geriatr Suppl. 2004;(9):359-64 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.04.046>
- 28) Metitieri T¹, Zanetti O, Geroldi C, Frisoni GB, De Leo D, Dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M. Reality orientation therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study. Clin Rehabil. 2001 Oct;15(5):471-8. Available from: <https://doi-org.bibliopass.unito.it/10.1191/026921501680425199>
- 29) Strom BS, Ytrehus S, Grov E-K. Sensory stimulation for person 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>
- 30) Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP, Snoezelen for dementia. Cochrane Database Syst Rev (Internet). 2002 Oct 21 (cited 2019

Feb16);(4):cd003152. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519587>

- 31) Burms I, Cox H, Plant H. Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older person 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>
- 32) 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_8301.200900299.x
- 33) Zhang Y¹, Cai J², An L³, Hui F⁴, Ren T⁵, Ma H⁶, Zhao Q Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2017 May;35:1-11. doi: 10.1016/j.arr.2016.12.003. Epub 2016 Dec 23.
- 34) Garrido S¹, Dunne L¹, Chang E², Perz J², Stevens CJ¹, Haertsch M³ The Use of Music Playlists for People with Dementia: A Critical Synthesis. *J Alzheimers Dis*. 2017;60(3):1129-1142. doi: 10.3233/JAD-170612
- 35) Kouloutbani K¹, Karteroliotis K¹, Politis A²[The effect of physical activity on dementia]. *Psychiatriki*. 2019 Apr-Jun;30(2):142-155. doi: 10.22365/jpsych.2019.302.142.
- 36) Franziska Nickel, ^{1,2} Janina Barth,^{1,2} and Peter L. Kolominsky-Rabas^{1,2} Health economic evaluations of non-pharmacological interventions for persons with dementia and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2018; 18: 69. Published online 2018 Mar 9. doi: 10.1186/s12877-018-0751-1
- 37) Francesca Allegrucci, Barbara Silvioli Il mondo sconosciuto della Pet Therapy pg 77-81.in *Babele* periodico quadrimestrale dell'associazione Sammarinese degli psicologi n°35 gennaio-aprile 2007

- 38) 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>
- 39) Creagan ET, Bauer BA, Thomley BS, Borg JM. Animal-assisted therapy at Mayo Clinic: The time is now. *Complement TherClinPract* (internet). May 1 (cited 2019 Feb 16);21(2):101-4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388115000249>
- 40) 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/j1479-8301.2010.00329.x>
- 41) Bertolotti M. Risorse non farmacologiche per la persona con malattia d'Alzheimer: esperienze ed iniziative nell'area del torinese (Tesi di Laurea). Torino: Università di Torino, 2018
- 42) Blanka Klimova, Martin Valis and Kamil Kuca*, "Dancing as an Intervention Tool for People with Dementia: A Mini-Review Dancing and Dementia", *Current Alzheimer Research* (2017) 14: 1264. <https://doi.org/10.2174/1567205014666170713161422>
- 43) Alessia Tafani <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2006/09/la-terapia-occupazionale-nei-pazienti-affetti-demenza/> Rivista i Luoghi della cura online n°3/2006
- 44) Pimouguet C^{1,2}, Le Goff M^{1,2}, Wittwer J^{1,2}, Dartigues JF^{1,2,3}, Helmer C^{1,2,4}. Benefits of Occupational Therapy in Dementia Patients: Findings from a Real-World Observational Study. *J Alzheimers Dis*. 2017;56(2):509-517. doi: 10.3233/JAD-160820.
- 45) Franziska Nickel, ^{1,2} Janina Barth,^{1,2} and Peter L. Kolominsky-Rabas^{1,2} Health economic evaluations of non-pharmacological

- interventions for persons with dementia and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2018; 18: 69. Published online 2018 Mar 9. doi: 10.1186/s12877-018-0751-1
- 46) Bertolotti M. Risorse non farmacologiche per la persona con malattia d'Alzheimer: esperienze ed iniziative nell'area del torinese (Tesi di Laurea). Torino: Università di Torino, 2018
- 47) Jones M. GENTLE CARE Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer. 3rd ed. Carocci, editor. 2005 352 p.
- 48) Montessori, M., 2000. Il segreto dell'infanzia. Milano: Garzanti.
- 49) Barbara Sbrilla Il Programma Montessori per la demenza: oltre il trattamento farmacologico delle demenze in State of Mind, (Internet) 2016 (Pubblicato il 29 Novembre 2016; consultato Agosto 2019 (circa 5 schermate) Available at: <http://www.stateofmind.it/2016/11/programma-montessori-per-la-demenza/>
- 50) Roberts G1, Morley C2, Walters W2, Malta S3, Doyle C4 *Geriatr Nurs.* 2015 Mar-Apr;36(2):106-10. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.11.003. Epub 2014 Dec 12. Caring for people with dementia in residential aged care: successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities.
- 51) Bioetica, C. N. p. I., 2014. Comitato Nazionale per la Bioetica. [Online] Available at: <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/le-demenze-e-la-malattia-di-alzheimer/>
- 52) Booth S, Zizzo G, Robertson J, Goodwin Smith I. *Dementia* (London). Positive Interactive Engagement (PIE): A pilot qualitative case study evaluation of a person-centred dementia care programme based on Montessori principles. 2018 Aug 13;1471301218792144. doi: 10.1177/1471301218792144. [Epub ahead of print] PMID: 30103637

- 53) Wilks SE, Boyd PA, Bates SM, Cain DS, Geiger JR. Montessori-Based Activities Among Persons with Late-Stage Dementia: Evaluation of Mental and Behavioral Health Outcomes. *Dementia (London)*. 2019 May;18(4):1373-1392. doi: 10.1177/1471301217703242. Epub 2017 Apr 27. PMID: 28449593
- 54) Yuen I1, Kwok T2,3. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Sep;34(9):1352-1358. doi: 10.1002/gps.5063. Epub 2019 Mar 1. Effectiveness of Dementia Ability Methods: The Montessori Way on agitation in long-term care home residents with dementia in Hong Kong.
- 55) Van der Ploeg ES, Eppingstall B, Camp CJ, Runci SJ, Taffe J, O'Connor DW. *Int Psychogeriatr*. 2013 Apr;25(4):565-75. doi: 10.1017/S1041610212002128. Epub 2012 Dec 14. PMID: 23237211. A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia.
- 56) Lin LC, Yang MH, Kao CC, Wu SC, Tang SH, Lin JG. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Jun;57(6):1022-9. PMID: 19507295. Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: a cross-over trial.
- 57) Orsulic-Jeras S1, Judge KS, Camp CJ. PMID: 10750318 DOI: 10.1093/geront/40.1.107 *Gerontologist*. 2000 Feb;40(1):107-11. Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: effects on engagement and affect