



UNIVERSITÀ' DEGLI STUDI DI TORINO

Scuola di Medicina

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Sede Torino

Tesi di Laurea

**Interventi di stimolazione sensoriale per il trattamento dei
disturbi di comportamento in persone affette da demenza**

**Sensory stimulation interventions to treat behavioural
disturbances in persons with dementia**

Relatore:

Prof. Roberto Quarisa

Studente:

Clio Vignolini

Anno Accademico 2019-2020

INDICE

Abstract

Premessa	1
Demenze.....	1
Introduzione	6
Alzheimer.....	6
Disturbi comportamentali e psicologici.....	11
Healing gardens e giardini terapeutici.....	18
Obiettivo.....	23
Materiale e metodi	24
Risultati	27
Analisi dei risultati.....	31
Discussione	35
Conclusioni	38
Bibliografia	39
Sitografia	41

Abstract

Introduzione: la malattia di Alzheimer è una patologia neurologica cronico-degenerativa che si manifesta attraverso un decadimento fisico e cognitivo. La comparsa di disturbi comportamentali e psicologici peggiora la qualità di vita della persona. Migliorare il benessere, anche attraverso l'introduzione di nuove strategie di assistenza, deve essere uno dei principali obiettivi.

Obiettivo: l'obiettivo di questa tesi è quello di descrivere il ruolo dei giardini terapeutici come elemento di supporto alla cura delle persone affette da malattia di Alzheimer.

Materiali e Metodi: la ricerca bibliografica è stata condotta consultando le banche dati come CINAHL Complete, COCHRANE Library, JBI, Pubmed e il motore di ricerca Google Scholar. La selezione delle fonti è avvenuta seguendo i criteri di reperibilità, completezza, attinenza e anno di pubblicazione.

Risultati: i giardini terapeutici risultano essere un elemento di supporto alla cura della malattia di Alzheimer. Effetti benefici sono riscontrabili rispetto al miglioramento delle capacità fisiche e cognitive e alla riduzione dei disturbi comportamentali e psicologici. In generale si assiste un miglioramento nella qualità di vita delle persone assistite.

Conclusioni: ulteriori ricerche sul tema sono da raccomandare in futuro. Gli infermieri dovrebbero dimostrare maggiore interesse rispetto ai giardini terapeutici poiché essi sono elementi utili a migliorare la qualità dell'assistenza delle persone affette da malattia di Alzheimer.

Parole chiave: Alzheimer, giardini terapeuti, healing garden, therapeutic garden, Alzheimer's disease

Abstract

Introduction: Alzheimer is a chronic-degenerative neurological disease that arises itself through physical and cognitive deterioration. The appearance of behavioral and psychological disorders worsens the person's quality of life. Improving well-being, including through the introduction of new aid strategies, must be one of the main objectives.

Objective: the purpose of this dissertation is describe the role of therapeutic gardens as a support element for the care of people with Alzheimer's disease.

Materials and methods: Using search engines such as CINAHL Complete, COCHRANE Library, JBI, Pubmed and Google Scholar, a relevant literature search was conducted on positive health implications of therapeutic gardens (TG) on people with Alzheimer's disease. The selection of sources was made following criteria of availability, completeness, relevance and year of publication.

Results: the therapeutic gardens are a supporting element in the treatment of Alzheimer's disease. Positive effects are observe in relation to improvement of physical and cognitive abilities and the reduction of behavioral and psychological disorders. In general, there is an improvement in the quality of life of the assisted persons.

Conclusions: Further research on the subject is to be recommended in the future. Nurses should show more interest than therapeutic gardens as they are useful elements in improving the quality of care for people with Alzheimer's disease.

Keywords: healing garden, therapeutic garden, Alzheimer's disease.

Premessa

Demenze

Oggi si vive più a lungo rispetto al passato. L'ovvia conseguenza di questa affermazione è una popolazione anziana in costante aumento. Gli ultrasessantacinquenni, che costituiscono questa categoria numericamente consistente e in continua crescita, hanno interessi e bisogni specifici correlati all'età che richiedono l'attenzione dell'intera collettività e dei governi nazionali per essere soddisfatti. L'invecchiamento è un evento fisiologico che comporta cambiamenti fisici, sociali, psicologici e una ridefinizione continua dello stato di salute e di benessere. Diventare anziani significa perdere progressivamente la propria autonomia e autosufficienza. Più aumenta l'età maggiori sono le disabilità e la dipendenza dagli altri per ciò che concerne le attività quotidiane. Garantire una vecchiaia serena e sicura deve essere uno degli obiettivi principali di qualsiasi nazione. Anche in Italia si pone la questione di come gestire il fenomeno invecchiamento ed i problemi correlati all'avanzare dell'età. La popolazione italiana è tra le più anziane in Europa e nel mondo; le persone in Italia vivono a lungo, ma non sempre in buone condizioni di salute. La speranza di vita a 65 anni è pari a 18,9 anni per gli uomini e a 22,2 per le donne, ma diminuisce a 13,7 per gli uomini e 14,3 per le donne se si considerano gli anni da vivere in buone condizioni di salute e senza limitazione nelle attività. Un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, circa il 23% soffre di gravi limitazioni motorie e il 15% di gravi limitazioni sensoriali.(1) Secondo i dati ISTAT riferiti all'anno 2019 l'indice di vecchiaia, l'indicatore demografico che mette rapporto la popolazione anziana (con più di 65 anni) con la popolazione giovane (0-14 anni), in Italia è pari a 173.1.(2) Questo valore è indicativo del grado di invecchiamento di una popolazione e deve mettere in allarme rispetto alla gestione di questa fetta di persone numericamente elevate soprattutto rispetto al capitale umano che potrà assisterle. Ciò significa che l'invecchiamento della popolazione sarà una sfida per il nostro intero Paese e per il Sistema Sanitario Nazionale. Conoscere i bisogni e speranze, interrogarsi su quali strategie possono essere adottate per garantire dignità e autonomia, stabilire quali patologie affliggono

e modificano la qualità di vita delle persone anziane è un esercizio utile per sviluppare modelli assistenziali adeguati alla gestione e presa in carico di queste persone.

Tra le patologie cronico degenerative che interessano le persone con più di 65 anni, le demenze sono tra le sfide più interessanti che la popolazione e i sistemi paese dovranno affrontare. Infatti la crescente diffusione, l'impatto altamente negativo sul percorso e la qualità di vita delle persone che ne sono affette e delle loro famiglie richiedono uno sforzo economico, sociale e sanitario considerevole al fine di garantire una gestione congrua ed efficace della malattia. Nel 2012 l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'ADI (Alzheimer Disease International) avevano posto come prioritario il tema delle demenze dichiarando che tutti i paesi avrebbero dovuto includere politiche sanitarie e programmi di salute pubblica al fine di garantire alle persone affette da demenza la miglior qualità di vita possibile e un supporto adeguato a loro e ai loro famigliari, anche da un punto di vista sociale ed economico. (3) In Italia per fronteggiare questa problematica è stato adottato il "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze"¹.(4) Gli obiettivi principali esposti in questo documento sono di favorire la conoscenza rispetto tali patologie, migliorare la qualità dell'assistenza e favorire cure appropriate, sviluppare una gestione integrata della malattia, combattere lo stigma sociale e implementare inclusione e diritti delle persone affette da demenza. Affinché questi obiettivi siano raggiunti l'attenzione sul tema dovrà essere costante e duratura; il SSN dovrà sviluppare e attuare progetti specifici per fare in modo che all'interno del nostro paese le persone con demenza non siano messe ai margini della società, ma integrate, ascoltate e sia loro garantito un percorso di cura e una presa in carico globale.

L'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità definisce la demenza come “un complesso di malattie cronico degenerative che comprende un insieme di condizioni, la cui storia naturale è 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. La demenza interferisce con le attività sociali, lavorative e di relazione del malato e provoca un declino delle sue capacità.”(5) Tale declino comporta spesso l'istituzionalizzazione della persona e in fase avanza una condizione di immobilità e allettamento. In base ai dati riportati nel World Alzheimer Report 2015, il numero di persone affette da demenza nel mondo è pari a 46,8 milioni, di cui 10 milioni in Europa e 1 milione in Italia. Tale cifra dovrebbe raddoppiare entro il 2030 e raggiungere i 131 milioni nel 2050. Queste cifre sono strettamente correlate all'invecchiamento generale della popolazione prova ne è il fatto che l'incidenza aumenta esponenzialmente con l'aumentare dell'età. Questi dati sono utili per evidenziare le dimensioni del problema e rendono evidente la necessità di adottare interventi e misure di politica sanitaria e sociale specifiche per rispondere ai bisogni delle persone affette da demenza.

Le demenze di tipo irreversibile e degenerativo, come la malattia di Alzheimer, la demenza vascolare e multifattoriale, per stessa definizione non possono essere guarite poiché al momento attuale non esiste una terapia in grado di modificare il corso della malattia. Per questo motivo oltre a sostenere la ricerca bisogna promuovere strategie ed interventi che abbiano come obiettivi la prevenzione della patologia, la presa in carico globale delle persone affette da demenza e la riduzione dello stigma e dell'isolamento sociale al fine di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita. L'età avanzata costituisce il principale fattore di rischio associato all'insorgere del deterioramento cognitivo, ossia la progressiva perdita di almeno una tra le funzioni di memoria, attenzione, linguaggio, programmazione motoria, percezione degli oggetti, percezione spazio temporale e funzioni esecutive. Sono stati individuati altri fattori la cui azione congiunta aumenta la probabilità di sviluppare una demenza, quali diabete, ipertensione nella mezza età, obesità, inattività fisica, depressione, fumo, bassa scolarizzazione, inattività fisica e cognitiva. Quelli elencati sono tutti fattori di rischio modificabili, ciò significa che intervenendo sullo stile di vita e sulle abitudini, nonché sulle condizioni cliniche generali si potrebbe diminuire il rischio che un deterioramento cognitivo si trasformi in demenza o rallentare la sintomatologia e la gravità con cui la patologia si presenta. Bisogna

promuovere campagne di sensibilizzazione e incrementare le conoscenze della popolazione generale relative alle demenze al fine di aumentare la consapevolezza delle persone rispetto alla propria salute e ai comportamenti da adottare per ritardare l'insorgere del deterioramento cognitivo e ridurre il rischio nelle generazioni future.(6)

Accanto al tema della prevenzione si pone quello della presa in carico delle persone che sviluppano una demenza ad iniziare dalla diagnosi. Implementare i servizi appositi significa garantire un accesso equo a tutti coloro che necessitano di cure, un miglioramento della prognosi e della qualità di vita. Nei paesi ad alto e medio reddito solo il 50% accede ad una corretta e tempestiva diagnosi(7) e di conseguenza a interventi e trattamenti appropriati. Più precocemente si agisce, minore è l'uso di farmaci, si ritarda o evita l'istituzionalizzazione e in generale si assiste ad un rallentamento del decorso negativo della malattia. Individuare la malattia nella fase iniziale è essenziale, ma non è semplice. La sintomatologia cognitiva è sovrapponibile ad un fisiologico deterioramento dovuto all'invecchiamento e spesso viene sottovalutata dalla persona e dai suoi familiari. Una anamnesi accurata, test cognitivi e approfondimenti specifici nei casi limitati sono da raccomandare perché si giunga ad una diagnosi tempestiva. Prima si riconosce la patologia, maggiori saranno i benefici dei trattamenti proposti. La terapia farmacologica e gli interventi non farmacologici per promuovere le funzioni cognitive, l'indipendenza ed il benessere della persona sono efficaci se sottoposti nella fase lieve e moderata della malattia.(8) Una diagnosi tempestiva permette anche il coinvolgimento della persona affetta da demenza nelle decisioni clinico-assistenziali che lo riguardano. Ascoltare dal diretto interessato quali sono i bisogni e i disagi che la malattia ha provocato permette di sviluppare un piano di assistenza e supporto condiviso.(9) Pur non potendo modificare in modo netto il decorso della malattia una presa in carico precoce permette di rallentarne il decorso e garantire una migliore qualità di vita poiché si può programmare un percorso di supporto che promuova l'interesse, l'autonomia e la soddisfazione della persona. Data la complessità della patologia si deve prevedere una assistenza integrata che coinvolga più servizi, in particolar modo quello sanitario e sociale, al fine di garantire il maggior benessere possibile alla persona e alla sua famiglia. Per una presa in carico globale della persona è necessario valutare quelli che sono i sintomi comportamentali e

psicologici, come agitazione, aggressività e depressione. Questi impattano in modo negativo sulla qualità di vita della persona e sono complicati da gestire per coloro che se ne prendono cura. La comparsa e l'aggravarsi di questi sintomi spesso conducono allo stress del caregiver e all'impossibilità di gestire la persona al proprio domicilio, comportando l'istituzionalizzazione.

Introduzione

Alzheimer

La malattia di Alzheimer è la demenza senile numericamente più rilevante, rappresenta il 60% dei casi e colpisce il 5% della popolazione con più di sessanta anni.(10) È una malattia neurologica cronico-degenerativa che, al pari delle altre forme di demenza, comporta una perdita progressiva delle funzioni cognitive a iniziare dalla memoria. L'evolversi della malattia è accompagnata da amnesie sempre più severe e dalla compromissione di altre funzioni cognitive quali orientamento e linguaggio.(11) Caratterizzata da un inizio subdolo e una progressione lenta, la malattia di Alzheimer impatta sulla vita della persona ad ogni livello comportando un adattamento sul piano personale, familiare e sociale. L'avanzare della patologia compromette l'autonomia della persona che regredisce nelle sue capacità e diventa sempre più dipendente e incapace di esprimere i propri bisogni e relazionarsi in modo congruo. Accanto ai deficit di tipo cognitivo compaiono i sintomi comportamentali e psicologici. L'insorgenza di questi disturbi altera la funzionalità della persona in modo irreversibile, rendendo ancora più difficile la gestione del quotidiano. Comprendere il funzionamento della malattia di Alzheimer è il primo passo per migliorare la qualità di vita delle persone che ne sono affette.

L'eziologia della malattia di Alzheimer è sconosciuta, l'origine multifattoriale è la più probabile. I fattori determinanti che aumentano il rischio di sviluppare la patologia sono l'età avanzata (sopra i 65 anni), la predisposizione genetica e la storia familiare. Trauma cranici pregressi, malattie vascolari o condizioni che alterano la struttura e la funzionalità dei vasi sanguigni sono fattori secondari correlati allo sviluppo della malattia di Alzheimer. Modificare abitudini alimentari e stile di vita al fine di migliorare la funzionalità cardio-circolatoria, può avere effetti benefici anche allo scopo di rallentare il deterioramento cognitivo. Obesità, diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia sono tutti fattori di rischio secondari per la malattia di Alzheimer. Per questo motivo, pur non conoscendo una causa specifica per questa particolare forma di demenza su cui agire preventivamente, è possibile adottare dei

comportamenti al fine di diminuire il rischio di insorgenza. Una dieta sana ed equilibrata, attività fisica regolare, astensione da alcol e fumo sono abitudini che tutti dovremmo adottare perché incidono positivamente sulla nostra salute e sul benessere del nostro cervello. A questi comportamenti è essenziale affiancare attività che mantengano mentalmente attivi, come leggere o intrattenere relazioni sociali che possono aiutare a ritardare l'insorgenza della malattia di Alzheimer.(12)

A livello fisiopatologico la malattia di Alzheimer intacca le cellule nervose comportando cambiamenti strutturali e funzionali nel parenchima cerebrale. La perdita neuronale avviene nella corteccia cerebrale coinvolgendo aree sempre più estese del cervello. L'atrofia cellulare comporta una riduzione progressiva del parenchima funzionante sostituito da intrecci neurofibrillari, ossia aggregati di neuroni non funzionanti contenenti la proteina tau iperfosforilata, e placche neuritiche, ossia accumuli extracellulari di proteina β -amiloide. I neuroni primariamente coinvolti sono quelli colinergici che utilizzano l'acetilcolina come neurotrasmettitore. Infatti le persone affette da malattia di Alzheimer hanno valori ridotti di questo specifico agente chimico e dell'enzima attivo che lo produce.(13)

I mutamenti chimico-fisici descritti si manifestano attraverso deficit cognitivi che evolvono progressivamente in base all'area del cervello danneggiata. Le prime manifestazioni riguardano la memoria e in particolar modo la formazione di nuovi ricordi. Questo fa presupporre che il danno neuronale iniziale riguardi l'ippocampo. Il decorso della patologia è variabile sia in termini di tempo che evoluzione clinica. L'inizio della malattia è spesso subdolo e i sintomi associati sono sfumati e lievi. Nella fase prodromica si manifestano perdite di memoria, ma spesso queste sono confuse con un fisiologico deterioramento cognitivo e non vengono riconosciute come sintomi caratteristici della patologia. La persona, nonostante le amnesie e alcuni episodi demenziali, riesce ad essere adeguata e funzionale nella sua quotidianità. Quando la malattia coinvolge completamente il sistema limbico accanto ai deficit di memoria compaiono i primi segni di instabilità emotiva. La persona non ha più il controllo delle proprie emozioni e si manifestano cambi nel tono dell'umore. Estendendosi il danno neuronale attraverso il cervello, la sintomatologia

progredisce, palesando la patologia che da lieve diventa moderata e infine severa. È la fase neuropsichiatrica della malattia durante la quale le crisi mnemoniche sono sempre più frequenti e gravi, inoltre si manifestano disturbi anche nel pensiero e nella pianificazione. Questi deficit incidono negativamente sulla vita quotidiana, sociale, lavorativa e familiare della persona, sconvolgendo completamente il suo equilibrio. Quando l'atrofia cellulare coinvolge la zona parietale della corteccia cerebrale iniziano a comparire sintomi cognitivi quali aprassia, agnosia e disorientamento nello spazio. Inoltre si manifestano deficit nella concentrazione e attenzione comportando difficoltà nelle attività quotidiane. Il coinvolgimento del lobo temporale comporta la comparsa di deficit nel linguaggio e nella comunicazione come l'afasia, e la comparsa del disorientamento temporale. Quando la malattia intacca il lobo occipitale del cervello iniziano i disturbi visivi, che aggravano il disorientamento e comportano ansia e agitazione. Il danno alla corteccia motoria comporta difficoltà nell'andatura, postura ed equilibrio. Si manifestano inoltre ipotonia e ipocinesia. Intaccato il lobo frontale la persona perde la capacità di ragionare, formare un pensiero astratto e formulare un giudizio. Questo porta una inadeguatezza sociale a cui spesso seguono esclusione ed isolamento. L'autonomia della persona è del tutto compromessa e l'assistenza richiesta è completa. La fase finale della malattia o fase neurologica solitamente dura meno di un anno e corrisponde ad una demenza terminale. La corteccia cerebrale è interamente danneggiata e la persona, che non è più in grado di comunicare, muoversi o compiere le più basilari attività quotidiane autonomamente, è allettata totalmente dipendente dagli altri.(14)

La malattia di Alzheimer è una patologia cronico degenerativa. Questo significa non solo che i danni cerebrali e la sintomatologia diventeranno sempre più severi con il passare del tempo, ma anche che non si può guarire. Ad oggi le terapie a disposizione hanno l'obiettivo di rallentare il progredire della patologia, controllare i sintomi e ritardare l'insorgenza di nuovi disturbi. I due farmaci principalmente utilizzati nella gestione della malattia di Alzheimer sono gli inibitori dell'acetilcolinesterasi e la memantina. I primi vanno ad agire sull'enzima che distrugge l'acetilcolina, carente nelle persone affette da questa patologia. Lo scopo è quello di aumentare i valori del

neurotrasmettitore e in questo modo migliorare le funzioni di memoria e pensiero. L'azione della memantina è quella di contrastare il glutammato, neurotrasmettitore responsabile del danneggiamento neuronale. La somministrazione di questo farmaco ha il fine di ridurre il deterioramento cognitivo. Accanto a questo tipo di terapia farmacologica che ha lo scopo di rallentare il progredire del danno cerebrale, si affianca l'uso di medicinali che hanno l'obiettivo di minimizzare i disturbi del comportamento e psicologici come ansiolitici, antipsicotici, antidepressivi e ipnotici.

(15) Iniziare precocemente il trattamento, quando la malattia di Alzheimer è in fase lieve, è essenziale per ottenere dei risultati in termini di rallentamento del degrado cognitivo, mantenimento di capacità funzionali e controllo della sintomatologia. Una diagnosi precoce permetterebbe di prendere in carico la persona in una fase della patologia in cui si può intervenire su alcuni fattori di rischi, modificare abitudini di vita. Inoltre la persona sarebbe ancora consapevole delle sue condizioni, capace di prendere decisioni in merito al percorso iniziato, più determinata nel seguire i trattamenti e compliant.

Giungere ad una diagnosi di malattia di Alzheimer non è semplice poiché la sintomatologia nella fase iniziale è sfumata. Spesso sono i familiari o i medici di medicina generale, che meglio conoscono la persona, ad accorgersi che esiste un problema. In una prima fase diagnostica è essenziale analizzare e studiare la storia familiare del soggetto, ricercando fattori di rischio e segni o sintomi che possono allertare il clinico. Molta importanza deve essere data al racconto della sintomatologia sia dalla voce diretta dell'interessato che dalle parole di coloro che lo assistono o vivono con lui. Assai rilevante è l'esame neuropsicologico in cui la persona è sottoposta ad una serie di test di screening generale della funzione cognitiva (mini mental e moca) e test che approfondiscono una funzione specifica in modo da stabilire il più approfonditamente possibile quali sono i disturbi comparsi, e soprattutto le capacità residue. Insieme a questi test sono svolti esami strumentale, come la TC per evidenziare anomalie cerebrali, e clinici come esami del sangue, delle urine o del liquido cerebrospinale. Questi esami sono utili per escludere altre possibili cause della demenza. La diagnosi certa di malattia di Alzheimer si ha solo con l'autopsia e l'identificazione delle placche amiloidi, per questo motivo escludere altri

fattori scatenante aiuta il clinico ad orientarsi e identificare la patologia.(16) La diagnosi costituisce il primo tassello della presa in carico della persona e l'avvio verso un percorso di cura positivo che possano garantire alla persona benessere e qualità di vita.

Sintomi comportamentali e psicologici

I sintomi non cognitivi o BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) sono sintomi comportamentali e psicologici definiti dall'IPA (International Psychogeriatric Association) durante la Consensus Conference del 1996 come un “gruppo eterogeneo di sintomi da alterazione della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore o del comportamento, che si osservano frequentemente in pazienti con demenza”.(17) I BPSD includono:

- disturbi del comportamento
- ansia
- sintomi psicotici quali deliri e allucinazioni
- sintomi neurovegetativi come l'alterazione del ritmo sonno veglia, dell'appetito e del comportamento sessuale
- disturbi della personalità in particolar modo apatia e irritabilità
- disturbi dell'attività psicomotoria ad esempio il vagabondaggio e l'affaccendamento afinalistico(18)

La prevalenza di questi sintomi tra le persone affette da una forma di demenza varia dal 25 al 90%(19), come differenti sono la gravità con cui questi disturbi si presentano e il lasso di tempo in cui si manifestano. Queste variabili dipendono da diversi fattori quali il decorso della patologia, la resilienza del soggetto, la terapia farmacologica e l'ambiente in cui la persona vive. Tutti questi fattori possono contribuire a peggiorare la sintomatologia. Ai fini della presa in carico di una persona affetta da malattia di Alzheimer è rilevante conoscere i BPSD poiché sono questi sintomi a comportare il maggior carico assistenziale e compromettono l'equilibrio tra il malato e le persone che orbitano intorno alla sua persona, in particolar modo con il caregiver. L'esacerbarsi di questi disturbi conduce spesso alla impossibilità di poter gestire la persona autonomamente al proprio domicilio e alla sua istituzionalizzazione. Questo comporta un cambiamento di ambiente e abitudini che incidono negativamente sul percorso di cura. Proprio perché sono clinicamente rilevanti e incidono in modo decisivo sulla qualità della vita, i disturbi comportamentali e psicologici devono essere trattati con attenzione e presi in considerazione dai

clinici.

I disturbi comportamentali e psicologici non hanno un decorso lineare e sovrapponibile ai deficit funzionali e cognitivi, che si manifestano in modo subdolo ed evolvono lentamente. Prima che una demenza lieve diventi severa possono trascorrere anni. I sintomi non cognitivi si manifestano già agli inizi della patologia e impattano molto sulla qualità della vita. Spesso sono presenti anche in una fase diagnostica della malattia, sono evidenti ancora prima dei sintomi cognitivi e sono quelli riportati con più preoccupazione dai familiari della persona assistita. I primi sintomi a comparire riguardano la sfera affettiva e si manifestano attraverso ansia e preoccupazione. Solo dopo vengono intaccati comportamento, pensiero e percezione e compaiono agitazioni e deliri. Con il concludersi e l'evolversi della malattia spesso tendono ad aggravarsi, nella malattia di Alzheimer in particolare una maggiore severità della demenza corrisponde a BPSD più frequenti e clinicamente più rilevanti. Il fatto che spesso coesistano più sintomi contemporaneamente rende la gestione della persona assistita nel quotidiano assai complicata.(20)

I disturbi comportamentale e psicologici hanno diversi fattori che possono causarne l'insorgenza e aggravare il quadro clinico della demenza. Determinanti risultano essere i fattori biochimici, come la deplezione di neurotrasmettitori quali l'acetilcolina, la serotonina e la norepinefrina; fattori psichici, che rendono una persona maggiormente predisposta a sviluppare disturbi comportamentali e psicologici. Correlati risultano essere i fattori biologici, come ad esempio la presenza di comorbidità e i fattori interpersonali, relazioni sociali e familiari.(21) Infine l'ambiente gioca un ruolo decisivo nella comparsa e nell'evolversi dei BPSD. La persona deve sentirsi al sicuro e protetta, in un luogo che riconosce e sente familiare e confortevole. Lo spazio vissuto deve aiutare la persona nel quotidiano e non creare confusione e stimolarla negativamente.

I sintomi comportamentali e psicologici sono spesso espressione del tentativo della persona di adattarsi alla patologia e compensare i deficit cognitivi e le limitazioni funzionali che la demenza comporta. Ogni disturbo o comportamento apparentemente insensato nasconde una motivazione e spesso cela un bisogno

della persona che non può esprimere diversamente perché le sue capacità residue non lo permettono. Trovare una spiegazione ai comportamenti delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer spesso può aiutare a trovare una soluzione per soddisfarne i bisogni o una modalità di gestione del disturbo.(22) Sicuramente aumentare la consapevolezza e la conoscenza aiuta a limitare lo stress generato da questi comportamenti e ad avere reazioni consapevoli e commisurate nei confronti della persona assistita. L'infermiere deve sviluppare capacità e competenze che gli permettano di valutare correttamente i sintomi e riconoscere i bisogni inespressi della persona affetta da Alzheimer. Questo tipo di accertamento è parte integrante del processo assistenziale infermieristico e permette al professionista sanitario di aiutare la persona assistita e i suoi familiari ad acquisire conoscenze e strategie per gestire i disturbi comportamentali e psicologici della demenza in modo efficiente.

Per valutare e gestire correttamente i bisogni della persona assistita è necessario conoscere quali sono i disturbi comportamentali e psicologici della malattia di Alzheimer, sapere come essi si manifestano e quali sono le cause della loro comparsa.

Disturbi dell'area emotivo-affettiva:

- apatia (presente nel 72% dei casi). È la progressiva perdita di interesse e partecipazione nei confronti del mondo esterno. La persona lentamente è sempre meno motivata a prendersi cura di sé, si distacca dagli altri e non vuole intraprendere interazioni sociali. Progressivamente il malato non risponde agli stimoli diventando imperturbabile e mono espressivo;
- depressione (mediamente presente nel 40% dei casi). Incide negativamente sul decorso della malattia e può manifestarsi subito dopo la comunicazione della diagnosi. È più frequente tra i molto anziani e scolarizzati. La depressione si manifesta con una varietà di sintomi tra cui insicurezza, indecisione, rifiuto del cibo, aggressività e alcuni disturbi fisici come algie e problemi gastrointestinali;
- Labilità emotiva. È la variazione del tono dell'umore in modo repentino e non dipendente da un evento specifico;
- Euforia (presente solo nel'8% dei casi). Tono dell'umore sproporzionalmente

allegro rispetto alla realtà degli eventi;

- Ansia (si manifesta nel 48% dei casi). Dovuta a confusione e disorientamento, è l'eccessiva preoccupazione per la propria salute e il proprio futuro. Spesso si accompagna a paure immotivate. L'ansia, correlata alle difficoltà della persona di riconoscere gli spazi, le persone e il tempo in cui vive, si manifesta spesso abbinata a irritabilità e agitazione che confluiscono in aggressività fisica e verbale.

Disturbi del comportamento:

- Agitazione (presente nel 60% dei casi). Con questo termine si intende una attività fisica o verbale inappropriata rispetto alla condizione della persona o all'evento scatenante la reazione. Si manifesta più frequentemente e severamente con l'aggravarsi della patologia. La persona si presenta irrequieta, affaccendata anche senza uno scopo, spesso lamentosa. L'agitazione può accompagnarsi ad aggressività che scaturisce in grida e reazioni violente nei confronti delle persone che assistono l'individuo malato;
- Wandering o vagabondaggio (manifestazione varia dal 3 al 53% dei casi). Il camminare senza scopo preciso o una meta da raggiungere. La persona desidera uscire di casa, ma una volta fuori è ancora più disorientata e spaventata e chiede di essere riportata in un luogo sicuro. Rappresenta uno dei maggiori problemi da gestire per il caregiver e aumenta il rischio che la persona cada, scappi o si perda.

Disturbi dell'area psicotica:

- deliri (in media compaiono nel 38% dei casi). Sono false convinzioni che la persona ritiene essere vere nonostante vi siano prove del contrario e hanno un contenuto costante nel tempo che spesso riguardano furto, fedeltà e abbandono. I deliri non sono direttamente proporzionali alla gravità della malattia, ma incidono sul declino dell'intelletto e sono la manifestazione del tentativo della persona di compensare un deficit cognitivo. Spesso a un episodio di deliro seguono agitazione e aggressività poiché la persona si sente confusa e non compresa;
- allucinazioni (presenti in media nel 18% dei casi). Sono esperienze percettive ritenute reali dalla persona in assenza di stimoli sensoriali esterni

corrispondenti. Possono coinvolgere tutti i sensi, ma nella malattia di Alzheimer nella maggior parte dei casi sono di tipo visivo per cui la persona è convinta che vi siano intrusi o persone decedute. Si manifestano in una fase severa di demenza;

- misidentificazioni (presenza varia dal 5 al 30%). A causa dei disturbi visivi la persona è convinta di vedere degli estranei, scambia ad identificare i soggetti o ritiene che gli eventi che vede alla televisione stiano accadendo realmente;
- Fenomeno del “sundowning”, ossia il peggioramento della sintomatologia la sera e al tramonto o comunque in tutte le condizioni in cui l'illuminazione dell'ambiente non è ottimale. Questo fenomeno può causare l'insorgenza di deliri e allucinazioni, peggiorare lo stato ansioso e l'aggressività. La persona si presenta agitata e confusa;
- disturbi del sonno, si manifestano con una alterazione del ritmo sonno-veglia. La persona fatica a addormentarsi e soffre di insonnia;
- disturbi alimentari. La persona può essere inappetente, questo spesso è dovuto al fatto che si distrae durante il pasto, dimenticandosi di mangiare, oppure non è più capace di riconoscere l'uso del cibo e delle posate. La persona ha fame per cui a fasi di digiuno seguono momenti di voracità;
- disturbi della sfera sessuale. Se da un lato nella persona affetta da malattia di Alzheimer si assiste ad un calo del desiderio, dall'altro diminuiscono le inibizioni e la persona potrebbe avere comportamenti inadeguati.(23)

Così descritti, si comprende come i sintomi comportamentali e psicologici abbiano un impatto determinante sull'esito della malattia di Alzheimer, sulla qualità di vita e sulla gestione della persona assistita. Il rischio di istituzionalizzazione o di ricorrere a misure contenitive di varia tipologia, soprattutto nelle residenze per anziani, per fare fronte a questo tipo di disturbi è elevato. Per minimizzare l'impatto della sintomatologia, diminuirne l'intensità o ritardarne l'insorgenza è possibile adottare dei trattamenti di diversa natura, che non hanno lo scopo di curare, ma quello di controllare il disturbo. La terapia farmacologica può essere efficace, soprattutto se il sintomo è grave. Il trattamento dei BPSD avviene attraverso una serie di farmaci che hanno target e finalità diverse in base al sintomo che si vuole affrontare. Si può ricorrere all'uso di

ansiolitici, antiepilettici, inibitori della colinesterasi, ossia dell'enzima che degrada l'acetilcolina, modulatori del recettore n-metil-d-aspartato o NDMA, recettore per il neurotrasmettitore glutammato, e antipsicotici in base alla sintomatologia. Il trattamento farmacologico nei pazienti anziani deve essere prescritto con attenzione e monitorato costantemente, limitando la dose alla minore quantità possibile. Infatti sono possibili interazioni con altri farmaci assunti in caso di persona pluripatologica e effetti collaterali severi.(24)

Compito dei professionisti sanitari che hanno in cura una persona affetta da malattia di Alzheimer e la sua famiglia deve essere quello di promuovere soluzioni differenti alla terapia farmacologica per gestire i sintomi comportamentali e psicologici. Le risposte devono essere di tipo ambientale, psicosociale e relazionale. Il fine dell'infermiere e degli altri operatori sanitari è rimuovere gli ostacoli e i fattori di stress per minimizzare l'impatto dei deficit e sviluppare strategie basate sulle capacità residue della persona assistita. Immaginare un sistema di cura che si adatti ai bisogni della persona e in cui lei si possa sentire protetta, sicura e capace avrebbe effetti positivi sull'insorgenza dei disturbi del comportamento e psicologici.¹(25)

In questa ottica di stimolare la persona assistita ad essere centro della cura e ipotizzare strumenti di gestione dei sintomi innovativi e differenti, si inseriscono i trattamenti non farmacologici. Sono interventi complementari ai farmaci di natura psicosociale, educativa e riabilitativa che hanno lo scopo di rallentare la progressione dei deficit cognitivi e migliorare la gestione dei sintomi comportamentali e psicologici. Ricorrere a questo tipo di trattamenti ha lo scopo di limitare l'insorgenza di disturbi quali ansia, agitazione e aggressività, supportare le capacità funzionali e cognitive, ridurre lo stress dell'assistito e di conseguenza del caregiver. Il fine ultimo è quello di migliorare il benessere e la qualità di vita dell'individuo affetto da Alzheimer. Gli interventi non farmacologici devono essere scelti in base all'indole e le capacità residue dell'individuo ed essere pensati per soddisfare bisogni specifici ed avere una finalità terapeutica. (26)

1 Il gentle care model o modello protesico promosso da Moyra Jones si basa su questi principi. Mettere al centro la persona affetta da malattia di Alzheimer: fare in modo che siano le persone che l'assisteranno, lo spazio fisico in cui vive ed i programmi quotidiani ad adattarsi alle sue esigenze, diventando delle protesi sostitutive delle capacità cognitive perse.

Gli interventi non farmacologici sono di diverso tipo:

- stimolazione sensoriale
 - digitopressione
 - aromaterapia
 - massaggio/terapia tattile
 - terapia della luce
 - giardino sensoriale e ortocoltura
- interventi cognitivi/emotivi
 - stimolazione cognitiva
 - musica e danza terapia
 - terapia di stimolazione multisensoriale snoezelen
 - stimolazione elettrica transcutanea dei nervi
 - terapia della reminescenza
 - terapia del contatto sociale simulato
- tecniche di gestione del comportamento
- terapia fisica
- terapia assistita da animali(27)

I trattamenti non farmacologici devono sostenere l'assistenza infermieristica centrata sul paziente, sommarsi alle tecniche di comunicazione efficaci per persone affette da demenza, alla predisposizione di un ambiente sicuro e sostenere la relazione di cura.

Healing gardens e giardini terapeutici

Salute e benessere dipendono dall'ambiente, inteso come il luogo fisico in cui vive una persona. Considerare questo elemento nel processo di cura è essenziale per migliorarne l'esito. L'interazione con lo spazio circostante ha un ruolo nel mitigare o esacerbare le condizioni fisiche, psicologiche e sociali di un individuo. Una corretta presa in carico deve prevedere la valutazione del luogo di cura al fine di eliminare le fonti di pericolo e creare un ambiente familiare, confortevole e terapeutico, che faciliti l'assistenza e la cura. L'ambiente naturale deve essere parte integrante di questa analisi e il suo ruolo nel determinare una condizione di benessere deve essere approfondito. Conoscere quali sono i benefici derivanti dalla relazione tra uomo e natura è il prerequisito per affrontare il concetto di spazio verde terapeutico su cui si basano alcuni trattamenti non farmacologici proposti per integrare la cura delle persone affette da malattia di Alzheimer. Diversi articoli, scientifici e divulgativi, trattano il tema della relazione tra natura ed essere umano ed esplicitano quello che tutti hanno esperito in prima persona nella loro vita: la natura è fonte di benessere. È capitato ad ognuno di noi di ritrovare se stessi in uno spazio verde, sentirsi più leggeri sdraiati in un prato o sereni annusando il profumo di un fiore. Tutti abbiamo vissuto almeno una volta gli effetti benefici della natura e il potere che essa ha nel determinare nell'uomo cambiamenti dell'umore, nell'accrescere i livelli di attenzione e concentrazione, rendendoci più consapevoli del momento che stiamo vivendo ed il ruolo dell'ambiente naturale nel ridurre lo stress, riportandoci la calma interiore.(28) Assodato che la natura è un mezzo da cui l'uomo può trarre dei benefici, è rilevante conoscere quali sono le interazioni possibili che si instaurano tra i due elementi durante la relazione. Queste dipendono sia da come viene progettato, curato e mantenuto lo spazio verde, ma soprattutto da come viene vissuto dall'uomo. Per ottenere benessere dalla natura è necessario che vi sia una immersione completa e un bilanciamento tra l'utilizzo passivo, attivo e sensoriale dello spazio. Interazioni possibili tra uomo e natura sono di tipo:

- informativo. L'uomo riceve degli stimoli dall'ambiente e gli interpreta e decodifica a livello cognitivo;
- fisico. Prevede che la persona svolga una attività motoria all'interno dello

spazio verde;

- sensoriale. La natura ha la capacità di stimolare i cinque sensi, offrendo un'esperienza sensoriale completa;
- funzionale. L'uomo modifica l'ambiente in cui vive con delle azioni per trarre dei benefici specifici dallo spazio e dalla natura;
- spazio-temporale. L'uomo ritrova nella natura degli elementi che lo aiutano a collocarsi non solo geograficamente nello spazio, ma anche nel tempo;
- culturale. L'uomo riconosce nella natura degli elementi che identificano il luogo come specifico e fanno in modo che la persona si senta di appartenere a quello spazio. (29)

Indagato il rapporto generale che esiste tra uomo e natura, quali sono i benefici che si possono trarre da questa relazione e i tipi di interazione che avvengono tra i due elementi, ho cercato di comprendere cosa definisce uno spazio verde come curativo. In un primo momento ho individuato quali sono gli aspetti che fanno in modo che la natura diventi uno spazio di cura. Per fare questo sono partita dal cercare di definire il concetto di healing garden. Questo termine inglese, difficilmente traducibile in italiano, è quello più generale per descrivere un ambiente naturale progettato all'interno di uno spazio sanitario allo scopo di ottenere dei benefici nelle persone che lo fruiscono.(30) Un healing garden può essere suddiviso in 4 categorie (che non devono essere necessariamente presenti, ma possono coesistere) in base alle finalità specifiche degli spazi:

- giardino terapeutico o therapeutic garden. Ambiente progettato per essere una componente di un trattamento terapeutico o di un programma riabilitativo. Deve essere studiato per una popolazione specifica e rispondere ad obiettivi terapeutici definiti in precedenza;(31)
- giardino per la terapia orticolturale o Horticultural Therapy Garden. Spazio progettato affinché la persona partecipi in modo attivo alla cura della vegetazione con il fine di ottenere benefici non dal prodotto agricolo, ma dal lavoro;(32)
- giardino ristorativo o di meditazione o Ristorative Garden. Spazio progettato per rispondere ai bisogni psicologici, fisici e sociali della

- persona e finalizzato a favorire il riposo mentale e ridurre lo stress;
- giardino di riabilitazione o giardino multi-uso o Enabling garden. Ambiente progettato per rendere fruibile lo spazio anche a persone con disabilità fisiche o cognitive.²

Un giardino pensato per avere finalità curative deve essere progettato secondo criteri ambientali specifici e deve tenere in considerazione quali sono i bisogni e le difficoltà delle persone che lo fruiranno. L'analisi preliminare alla progettazione dell'ambiente deve tenere in considerazione non solo gli aspetti botanici ed estetici, ma anche quelli sanitari relativi ai concetti di benessere e malattia. Inoltre deve essere valutata il tipo di attività che si desidera effettuare in quel determinato spazio. Progettando con attenzione e analizzano gli obiettivi specifici per cui il giardino viene pensato, si potranno ottenere i maggiori benefici possibile. Per questo è importante che vi sia uno scambio e una conoscenza tra l'architetto paesaggista, deputato a progettare lo spazio, e quelli che saranno i fruitori del luogo, persone affette da una patologia e personale sanitario che le assiste. Attraverso una conoscenza dei desideri delle persone, dei deficit fisici e cognitivi imposti dalla malattia, e delle capacità e competenze del personale che assisterà gli utenti nel quotidiano, si potrà costruire un luogo di cura realmente efficace.⁽³³⁾ Le caratteristiche principali che devono essere rispettate quando si costruisce uno spazio verde con finalità curative sono quelle proposte da Clare Cooper Marcus³:

- sicurezza e privacy per cui la persona si deve sentire non solo protetta, ma anche a proprio agio in un ambiente che riconosce come familiare e in cui non riscontra alcun tipo di pericolo;
- accessibilità secondo cui lo spazio deve essere fruito dalle persone in modo autonomo. Devono essere rimossi ostacoli e barriere architettoniche che ne impediscano l'utilizzo e deve essere progettato tenendo conto di quelle che sono le capacità motorie e cognitive degli utenti;
- comfort fisico ed emozionale; il giardino deve essere pensato come luogo di

2 Monica Botta, Cosa sono gli Healing Garden, convegno ecologia narrativa, libera università di Anghiari, 18 maggio 2015, su www.lua.it

3 Clare Cooper Marcus è un architetto paesaggista e docente. Negli anni novanta ha studiato i concetti di paesaggio terapeutico e healing garden teorizzando principi che sono ancora oggi cardine della materia.

benessere in cui ogni persona può trovare il proprio spazio per stare bene e a proprio agio;

- distrazioni positive; il giardino deve essere un luogo in cui la persona si può distrarre. Il progetto deve contenere la presenza di input sensoriale, visivi e uditivi che attirino la persona e riescano a coinvolgerla, costituendo un momento di pausa dalla malattia;
- rapporto con la natura; questo significa che lo spazio deve essere pensato per favorire il maggior numero di interazioni possibili tra uomo e ambiente così da accrescerne il potenziale curativo;
- manutenzione ed estetica; infatti fondamentale quanto la progettazione risulta essere il pensare a come lo spazio sarà mantenuto e curato a sua volta nel tempo;
- sostenibilità per cui lo spazio deve suscitare nei fruitori un senso di giustizia sociale, ambientale ed economica ed essere in accordo con la cultura del luogo in cui sorge.(34)

Il giardino curativo progettato con attenzione rivolta ai bisogni reali delle persone che lo utilizzeranno e vissuto in modo congruo alle sue finalità potrà diventare un elemento fondamentale nel percorso di cura e trattamento con lo scopo di fare acquisire nuove abilità, compensare i deficit fisici e cognitivi e rallentare il deterioramento funzionale. Integrando questo fattore all'assistenza della persona ci si attende benefici a livello fisico, psichico e sociale. Soprattutto dove è prevista una interazione attiva e manuale con l'ambiente, come nelle tecniche di ortocoltura, gli effetti riscontrabili sul fisico riguardano un incremento della forza e della resistenza. I muscoli sono più allenati e capaci di compiere gli sforzi richiesti. Miglioramenti si ottengono anche nell'equilibrio e nella andatura.(35) La persona acquista sicurezza e fiducia nel proprio corpo e questo ha come effetti una diminuzione delle cadute e un ritardo nella comparsa di immobilità e allettamento. Imparare nuove abilità pratiche ha dei riscontri positivi anche rispetto all'autostima, la persona ha la possibilità di concentrarsi sulle abilità residue sentendosi ancora capace e utile. A livello psichico e cognitivo, il giardino terapeutico incide sull'umore, migliorandone il tono e sui livelli di stress. Una persona più serena sarà meno incline a manifestare ansia, irrequietezza

e aggressività. L'ambiente naturale terapeutico, fonte di distrazioni positive, evita che la persona si concentri sulla sua malattia, la sintomatologia debilitante e pensi al futuro come ad un evento catastrofico. La natura ha un potere ristorativo ed è capace di rimandare stimoli positivi. Una persona appagata e fiduciosa ha meno possibilità di manifestare sintomi depressivi poiché sentirà di avere più controllo sulla sua malattia e sarà più motivata a intraprendere il percorso di cura.(36) Il giardino terapeutico ha effetti positivi su diverse abilità cognitive, migliorando le capacità di memoria, linguaggio e attenzione.(37) A livello sociale il giardino terapeutico diventa uno spazio di inclusione e interazione tra le persone(38), un luogo di incontro dove discorrere con calma e si ritrova tempo e voglia per stare insieme e condividere emozioni e preoccupazioni. Gli aspetti positivi di un giardino terapeutico sono molteplici ed evidenti. Per questo motivo gli healing gardens potrebbero essere un elemento utile nel miglioramento della qualità di vita delle persone affette da malattia di Alzheimer.

Obiettivo

L'obiettivo del mio lavoro di tesi è quello di descrivere come i giardini terapeutici possano essere un elemento efficace per trattare le persone affette da malattia di Alzheimer. Attraverso una revisione della letteratura voglio raccontare quale ruolo ha uno spazio verde nella gestione dei sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici propri della demenza.

Materiali e metodi

Compresi quali sono gli effetti benefici generali dei giardini terapeutici sull'uomo, ho cercato di individuare se questo tipo di approccio potesse risultare utile anche nell'assistenza di persone affette da malattia di Alzheimer. Per rispondere a questo quesito è necessario analizzare quali sono le possibili applicazioni degli healing gardens nella cura di questo tipo di demenza. È utile anche capire se i giardini terapeutici sono una risorsa utile per gestire i sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici derivati dal progredire della patologia di Alzheimer. Al fine di rispondere a questi quesiti ho svolto una ricerca attraverso le banche dati utilizzando il seguente PICO:

Popolazione/persone	Persone anziane (>65 anni) affette da malattia di Alzheimer
Intervento	Avvalersi degli Healing gardens e giardini terapeutici per integrare il percorso di cura
Confronto	/
Outcome	Miglioramento della sintomatologia cognitiva, comportamentale e psicologica

Ho consultato le banche dati elencate:

- CINAHL complete
- COCHRANE Library
- JBI
- Pubmed

ricorrendo alle parole chiave:

- Healing garden
- therapeutic garden
- giardino terapeutico
- Alzheimer disease
- malattia di Alzheimer

parola Mesh: AND.

Ho ottenuto le seguenti stringhe di ricerca:

- “Healing garden”AND”Alzheimer disease”
- “Therapeutic garden”AND”Alzheimer disease”
- giardino terapeutico+malattia di Alzheimer.

Per selezionare i materiali da includere in questo lavoro di ricerca mi sono avvalsa di alcuni criteri tra cui l'anno di pubblicazione, scegliendo articoli divulgati nell'arco di tempo 2009-2020. Ho incluso lavori redatti in lingua italiana o inglese e accessibili in full text. La pertinenza con la materia trattata è stato il criterio principale per cui sono stati esclusi diversi documenti dopo la lettura del titolo o dell'abstract, così da poter analizzare materiale coerente con il quesito di ricerca.

Applicando questa metodologia di ricerca ed esclusi i materiali ripetuti sono stati selezionati 4 articoli (confronta figura 1):

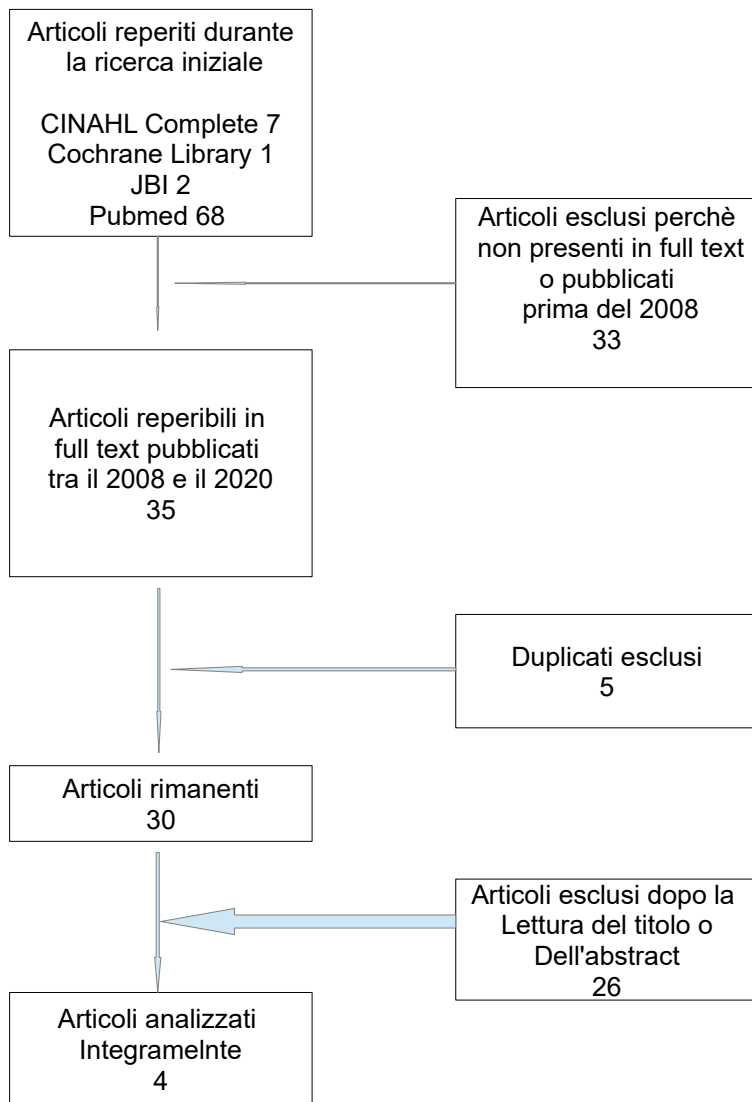
- 1 revisione narrativa della letteratura
- 2 studi di ricerca che illustrano casi singoli
- 1 trial randomizzato controllato.

Consultando il motore di ricerca Google Scholar sono stati rinvenuti e selezionati altri 2 documenti:

- 1 tesi di laurea
- 1 atti di convegno

I materiali selezionati attraverso questo metodo di ricerca sono stati letti e analizzati integralmente.

Figura 1. Flow chart che illustra la metodologia utilizzata per selezionare il materiale di ricerca



Risultati

Autori Rivista Anno	Titolo	Obiettivo	Metodo	Risultati
Rivasseau Jonveaux, Batt, Fescharek, Benetos, Trognon, Bah Chuzeville, Pop, Jacob, Yzoard, Demarche, Soulon, Malerba, Bouvel Journal of Alzheimer's disease 2013	Healing Gardens and Cognitive Behavioral Units in the Management of Alzheimer's Disease Patients: The Nancy Experience	L'obiettivo principale di questo articolo è descrivere le varie fasi del processo che hanno portato alla creazione del giardino Art, Memory and Life di Nancy, esponendo le specifiche, i criteri organizzativi, il progetto terapeutico e i criteri per la concezione di un tale giardino. L'obiettivo era raccogliere desideri, osservazioni sul comportamento dei pazienti e dei loro visitatori nel giardino.	Dopo un lavoro di ricerca è stato progettato il giardino terapeutico. Le opinioni di pazienti, visitatori e operatori sanitari, che hanno frequentato il giardino, sono state raccolte attraverso un questionario e interviste strutturate condotte su un totale di 123 partecipanti.	I principali obiettivi terapeutici riguardano la soddisfazione delle persone, dei familiari e del personale sanitario. Una analisi delle esperienze ha reso possibile analizzare quali sono le raccomandazioni da seguire per la progettazione del giardino terapeutico.

Autori Rivista Anno	Titolo	Obiettivo	Materiale e metodi	Risultati
Chukwuemeke Uwajeh, Onosahwo lyendo, Polay. Elsevier 2019	Therapeutic gardens as a design approach for optimising the healing environment of patients with Alzheimer's disease and other dementias: A narrative review	La prima metà di questo documento analizza il ruolo della natura negli ambienti sanitari e il suo impatto sul benessere delle persone, con una particolare attenzione ai giardini terapeutici. La seconda metà riporta una valutazione scientifica degli interventi terapeutici utili per ottimizzare gli esiti clinici nei pazienti con malattia di Alzheimer.	La revisione della letteratura è avvenuta consultando sette banche dati: Scopus, Google Scholar, the Web of Science index, MED-LINE, PubMed, Pro Quest Central and Google. Il processo di selezione ha portato a includere 29 dei 784 articoli trovati inizialmente	Inizialmente sono esposti gli effetti terapeutici della natura sulla persona a livello fisiologico e psicologico. In particolar modo è esposto come il giardino terapeutico riduca lo stress. Successivamente sono descritti i benefici specifici per le persone affette da malattia di Alzheimer e demenza. I giardini terapeutici migliorano il decadimento cognitivo e hanno effetti positivi sui sintomi comportamentali e sulla socialità delle persone.

Autori Rivista Anno	Titolo	Obiettivo	Materiale e metodi	Risultati
<p>Pedrinolla, Tamburin, Brasioli, Sollima, Fonte, Muti, Smania, Schena, Venturelli.</p> <p>Journal of Alzheimer's Disease</p> <p>2019</p>	<p>An Indoor Therapeutic Garden for Behavioral Symptoms in Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial</p>	<p>Determinare se la terapia ambientale sia una strategia efficace per ridurre i sintomi comportamentali e psicologici nella malattia di Alzheimer.</p>	<p>Lo studio controllato randomizzato in singolo cieco include 163 pazienti. 82 hanno avuto accesso ad un giardino terapeutico interno; 81 agli spazi standard della struttura. Alle persone sono stati somministrati i seguenti strumenti di valutazione a distanza di 6 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropsychiatric Inventory (NPI) per i disturbi comportamentali e psicologici, • Mini Mental State Examination (MMSE) per il deterioramento cognitivo, • Barthel Index per le attività di vita quotidiana, • cortisolo salivare, • dosaggio quietapina, • pressione sanguigna. 	<p>Lo studio registra un miglioramento significativo dei punteggi NPI (-31.8), riduzione del dosaggio di quietapina somministrato (-150 mg), della pressione sanguigna (-2,6 mm Hg) e del cortisolo salivare (da -6,4 a -2,1 Nmol / l). Riportato un miglioramento nel punteggio del Mini-Mental State Examination (1,8 punti). Complessivamente il giardino terapeutico risulta essere uno strumento valido e sicuro per trattare i sintomi comportamentali e psicologici della malattia di Alzheimer.</p>

Autori Rivista Anno	Titolo	Obiettivo	Materiale e metodi	Risultati
Gueib, Pop,Bannay, Nassau, Fescharek, Gil, Luc, Rivasseau Jonveaux. Journal of Alzheimer's disease 2020	Impact of a Healing Garden on Self- Consciousness in Patients with Advanced Alzheimer's Disease: An Exploratory Study	Valutare l'impatto del giardino terapeutico sull'autocoscienza della persona affetta da malattia di Alzheimer.	34 persone sono state inserite nello studio. 16 hanno avuto accesso al giardino terapeutico. Il Self Consciousness Questionnaire (SCQ) è stato sottoposto al tempo zero e dopo 2 settimane e almeno 12 ore trascorse nel giardino terapeutico.	Un miglioramento è stato rilevato in tutti gli aspetti valutati dal questionario: anosognosia, formulazione giudizi morali, memoria prospettica, introspezione, stato affettivo, identità e rappresentazione corporea.

Analisi dei risultati

L'interazione con l'ambiente naturale ha delle implicazioni positive sullo stato di salute e benessere delle persone affette da malattia di Alzheimer. Ricorrere agli healing gardens come trattamento complementare nell'assistenza degli anziani colpiti da questo tipo di demenza migliora la loro qualità di vita, generando effetti positivi a livello fisico, psicologico, cognitivo, comportamentale e sociale.(40) Affinché siano raggiunti questi obiettivi terapeutici e assistenziali, la progettazione del giardino curativo deve essere realizzata seguendo i criteri generali di accessibilità e sicurezza. La persona anziana, con deficit fisici e cognitivi, deve potersi muovere in autonomia e senza riscontrare pericoli nell'ambiente che lo circonda. A questo scopo i percorsi all'interno del giardino terapeutico devono essere chiaramente visibili e correttamente illuminati, seguire un andamento curvilineo e pianeggiante.(41) I sentieri devono essere pavimentati con materiale resistente alle intemperie climatiche, privi di ostacoli e non dissestati in modo da ridurre il rischio di cadute.(42) Inoltre i percorsi devono essere abbastanza larghi per essere esplorati da persone che utilizzano la sedia a rotelle come ausilio per la deambulazione.(43) Lungo i sentieri devono essere posizionate delle ringhiere o corrimano che aiutino a muoversi e camminare in sicurezza.(44) Nel progetto di realizzazione del giardino devono essere inserite delle aree di sosta che abbiano non solo la funzione di garantire il riposo, ma siano anche luoghi che favoriscono l'osservazione del paesaggio, la meditazione e la relazione con le altre persone.(45) Al fine di garantire un maggiore comfort, bisogna prevedere all'interno del giardino delle aree riparate dal sole grazie agli alberi o all'installazione di tende, gazebi o pergole.(46) Le persone affette da malattia di Alzheimer sono spesso disorientate. Per questo motivo bisogna fare particolare attenzione alla segnaletica e alla costruzione dei percorsi all'interno del giardino terapeutico. Per evitare che l'anziano si senta smarrito, devono essere posti dei cartelli che identifichino chiaramente il luogo in cui ci si trova e favorire la progettazione di percorsi circolari per fare in modo che la persona non si perda.(47) A questo scopo è importante che si possa accedere al giardino da una sola strada e delimitare lo spazio con delle siepi.(48) Questi elementi si inseriscono nel contesto naturale per cui non creano un senso di costrizione, ma allo stesso

tempo impediscono che la persona scappi o si perda, soprattutto quando si manifesta il girovagare afinalistico tipico della malattia di Alzheimer. La presenza di finestre che si affaccino sull'ambiente esterno è un elemento architettonico che deve essere incentivato poiché invoglia le persone ad uscire.(49) Inoltre il semplice godere della vista sul verde ha di per sé una dimensione terapeutica e un effetto calmante.(50)

Gli elementi botanici, architettonici, artistici inseriti nel progetto del giardino terapeutico devono essere scelti al fine di garantire una riabilitazione cognitiva, comportamentale e psicologica.(51) Ogni componente deve suscitare emozioni positive e possibilmente avere un rimando simbolico.(52) Piante e fiori devono essere scelte al fine di combattere la deprivazione sensoriale.(53) Devono essere selezionati elementi botanici che abbiano non solo colori contrastanti (in modo da favorire le persone con disturbi visivi),(54) ma che siano allo stesso tempo profumati e commestibili. Assolutamente da evitare sono le piante e i frutti velenosi. La presenza di fontane o corsi d'acqua e casette per gli uccelli sono elementi che generano suoni e aiutano la stimolazione del senso dell'udito.(55) Nella scelta degli elementi botanici altri due criteri fondamentali sono il rispetto della biodiversità e predilezione delle piante e fiori autoctoni.(56) Queste raccomandazioni hanno un valore ambientale, ma anche terapeutico. Infatti la presenza di elementi conosciuti dalla persona affetta da malattia di Alzheimer aiuta a richiamare alla memoria episodi della propria vita passata.(57) A questo scopo possono essere inseriti nel progetto oggetti, opere artistiche che abbiano un chiaro rimando con la cultura e la storia del luogo in modo da favorire, attraverso la loro esplorazione, il riemergere di una memoria autobiografica, sociale e culturale.(58) La progettazione dei giardini terapeutici deve prevedere la presenza di marcatori temporali, quali orologi o una vegetazione stagionale, che aiutino la persona ad orientarsi non solo nello spazio, ma anche nel tempo.(59)

I criteri individuati per la progettazione del giardino terapeutico per persone affette da malattia di Alzheimer sono studiati per garantire il raggiungimento di determinati obiettivi sanitari e una migliore gestione dell'assistenza. Per questo motivo la progettazione e la gestione di un giardino terapeutico prevedono la collaborazione di

più figure professionali che devono interagire tra di loro al fine di garantire un processo di cura efficiente. Architetti paesaggisti, giardinieri, medici, infermieri, educatori, fisioterapisti e terapisti occupazionali sono tutte figure coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi di cura e nel soddisfare i bisogni specifici della persona affetta da malattia di Alzheimer e della sua famiglia. Una collaborazione mirata al corretto utilizzo del giardino terapeutico ha come effetto un miglioramento della qualità di vita di questi individui e dei disturbi correlati alla patologia. Effetti positivi sono visibili sulle capacità motorie, con un miglioramento della mobilità, della forza fisica e della deambulazione.(60) La presenza di un'area verde a cui accedere in modo autonomo e sicuro incrementa il movimento fisico degli anziani, che sono invogliati a passeggiare accompagnati o da soli quando le condizioni fisiche lo permettono. Inoltre prendersi cura attivamente delle piante e dei fiori, attraverso attività specifiche e assistite da professionisti, come l'ortoterapia, favorisce il mantenimento delle funzioni motorie.(61)

I giardini terapeutici, progettati per essere ambienti amichevoli, inclusivi e sicuri, supportano la salute e aiutano ad alleviare lo stress.(62) Risulta essere benefico il semplice atto di rompere con la concezione classica di luogo di cura.(63) Accedere alla natura e connettersi con essa permette di superare la dimensione di malattia, la persona si distrae dalla sua condizione e dai suoi problemi, riscoprendo un senso di controllo e fiducia.(64) Il giardino curativo costituisce un altrove dove la persona si connette con lo spazio, riscopre l'affinità con la natura e si sente a proprio agio.(65) L'anziano affetto da malattia di Alzheimer trova conforto nella contemplazione della bellezza, ammirare il paesaggio circostante ha un effetto calmante e riduce lo stress.(66) Distrazioni positive, sensazione di controllo e riduzione dello stress riducono la comparsa e l'intensità di disturbi comportamentali quali ansia, agitazione e aggressività.(67) Gli healing gardens favoriscono la socializzazione e sono un luogo dove relazionarsi con la persona affetta da malattia di Alzheimer risulta più semplice.(68) Familiari e personale sanitario riferiscono come la comunicazione risulti migliore quando l'interazione avviene all'interno di uno spazio verde.(69) Nell'ambiente naturale la persona affetta da malattia di Alzheimer smette di ricoprire il ruolo di malato per riscoprire una dimensione familiare e personale. Questo

cambiamento aiuta a creare complicità e affiatamento tra le persone e aiuta il consolidarsi della relazione di cura. Passeggiare insieme e conversare all'interno del giardino terapeutico favorisce uno scambio emotivo e umano tra le persone indipendentemente dall'età, generazione e ruolo ricoperto.(70) L'ambiente naturale consente di coltivare contemporaneamente la dimensione relazionale e introspettiva-contemplativa proprie della vita di una persona. Entrambi questi aspetti incidono sulla riduzione di disturbi psicologici quali apatia e depressione, collaborando a far sentire l'individuo meno isolato e vulnerabile.(71) Il giardino terapeutico comporta benefici rispetto alle capacità cognitive più danneggiate dal progredire della malattia di Alzheimer, quali disturbi dell'orientamento, del linguaggio e della comunicazione.(72) Effetti positivi sono visibili anche nella capacità della persona di riconoscere gli altri e gli oggetti e di compiere azioni finalizzate.(73) La presenza di aree simboliche e la partecipazione ad attività e laboratori di ortoterapia all'interno del giardino terapeutico migliorano la funzioni di memoria e aiutano la formazione di ricordi positivi.(74)

Il giardino terapeutico è un elemento di supporto nella cura di persone affette da malattia di Alzheimer. Ha un ruolo centrale nel promuovere il coinvolgimento della famiglia, migliora le prestazioni personali, allevia lo stress e migliora l'assistenza.(75) A questi benefici generali se ne aggiungono altri che coinvolgono gli operatori e il sistema sanitario. Infatti il personale che fruisce, da solo o accompagnando le persone assistite, del giardino terapeutico riferisce un aumento della propria soddisfazione personale.(76) Sentirsi più riposati e coinvolti nella attività lavorativa incrementa il benessere e la salute degli operatori, diminuendo il rischio di sviluppare la sindrome da burnout.(77) Il miglioramento della assistenza è valutabile non solo in base a indicatori clinici e relazionali, ma anche economici. Infatti dove le persone affette da malattia di Alzheimer frequentano un giardino terapeutico si verificano meno cadute, si riduce l'uso di farmaci per gestire i sintomi comportamentali e psicologici, si ricorre meno sovente all'istituzionalizzazione e alla contenzione.(78) Questo ha come effetto una riduzione dei costi di assistenza del sistema sanitario.

Discussione

Il tema del giardino terapeutico come supporto nella cura e presa in carico delle persone affette da malattia di Alzheimer è stato ancora poco esplorato. Nonostante i benefici derivanti dall'ambiente naturale nei contesti di cura siano evidenti, gli studi che affrontano la questione a livello scientifico sono ad oggi limitati. La carenza di materiale proveniente da fonti autorevoli è stata un ostacolo nella mia ricerca di tesi. Gli articoli divulgativi che trattano la tematica del verde terapeutico nella gestione della malattia di Alzheimer sono molti, ma sono scarsi i casi di studio analizzati con un metodo di ricerca scientifico quantitativo o qualitativo. Il tema deve essere ancora esplorato in modo approfondito. Ulteriori ricerche dovrebbero affrontare una serie di questioni irrisolte o analizzate in modo superficiale. In primo luogo devono essere meglio definite le linee guida da seguire in fase di progettazione. Ad oggi esistono delle raccomandazioni e criteri generali che devono guidare il lavoro degli architetti paesaggisti. Queste indicazioni si basano su lavori che esplorano in generale il tema del benessere derivante dal rapporto uomo-natura e di come lo spazio verde si possa inserire all'interno di uno spazio di cura. Per quanto concerne i giardini terapeutici rivolti specificatamente alle persone affette da malattia di Alzheimer, le raccomandazioni si basano sull'osservazione e lo studio di casi singoli in cui è stato inserito questo elemento di supporto all'assistenza sanitaria. Definire quali elementi devono essere integrati nel giardino terapeutico, quali figure professionali devono essere coinvolte nella sua progettazione e utilizzo, quali attività risultano essere di maggior beneficio è essenziale per guidare professionisti nella progettazione dei giardini terapeutici per persone affette da malattia di Alzheimer in futuro. Un secondo elemento che deve essere meglio analizzato è quello che riguarda la valutazione dell'efficacia di questo tipo di trattamento e supporto alla cura. Ad oggi non esistono strumenti di valutazione completi e validati poiché essi dovrebbero prendere in considerazione molteplici aspetti. Il giardino terapeutico per la gestione della malattia di Alzheimer migliora non solo le capacità fisiche e cognitive, ma anche relazionali, psicologiche e il comportamento delle persone. In generale migliora il benessere percepito e la qualità di vita. Un strumento completo che valuti l'efficacia del giardino terapeutico dovrebbe analizzare tutti questi aspetti e affiancare metodi di ricerca

quantitativa, adatti a valutare esiti clinici, a metodi propri della ricerca qualitativa. Valutare il vissuto e l'impatto emotivo dei giardini terapeutici è essenziale per comprenderne l'efficacia. Per questo uno strumento idoneo dovrebbe comprendere una parte narrativa in cui le persone coinvolte nella cura e assistenza alle persone affette da malattia di Alzheimer possano raccontare la loro esperienza ed esprimere i loro sentimenti. L'eterogeneità degli individui che prendono parte al processo di cura è un altro elemento di difficoltà nel momento di valutare l'efficacia del giardino terapeutico. Molteplici figure, quali familiari, personale sanitario e persone assistite, ottengono benefici dalla frequentazione dell'ambiente naturale. Un'analisi completa che valuti questo metodo e il suo ruolo nella cura delle persone affette da malattia di Alzheimer dovrebbe tenere conto di tutte le esperienze. Uno strumento idoneo di valutazione deve essere pensato per le persone assistite. Queste ultime, data la patologia neurodegenerativa che li ha colpiti, avranno difficoltà a raccontare in modo discorsivo come sia migliorata la loro qualità di vita e come esplorano il giardino. Avere la possibilità di raccontare il loro vissuto arricchirebbe le ricerche future.

La ricerca italiana rispetto al tema del giardino terapeutico come supporto alla gestione della malattia di Alzheimer nei luoghi di cura è ancora più arretrata se paragonata a quella compiuta in altre nazioni. Se nei paesi di origine anglosassone come Stati Uniti e Canada questi argomenti sono studiati a partire dalla metà del secolo scorso, in Europa e nel nostro paese l'interesse per questo specifico campo di ricerca si è sviluppato solo in tempi più recenti. La crescita di attenzione rispetto all'ambiente naturale e i suoi effetti benefici su persone affette da malattia di Alzheimer in Italia ha comportato la nascita di diversi parchi e giardini che si prefiggono l'obiettivo di supportare la cura di queste persone. Comunità locali e giunte comunali promuovono la riqualificazione di aree verdi e parchi pubblici dei centri urbani affinché diventino luoghi inclusivi e amichevoli nei confronti delle persone affette da demenza. All'interno dei luoghi di cura, come residenze per anziani e centri diurni, organizzare un giardino esterno aggiunge valore al progetto terapeutico e prestigio alla struttura.⁽⁷⁹⁾ La creazione di spazi verdi progettati per essere di supporto alla cura è sempre più frequente e i giardini si sono moltiplicati nel tempo, ma rimangono esperienze isolate. Analizzarle a livello sistemico aiuterebbe a

redigere delle linee guida per la progettazione di giardini terapeutici per persone affette da malattia di Alzheimer utilizzabili in futuro.

I giardini terapeutici sono un oggetto di studio che interessa più discipline. I materiali analizzati in questa ricerca, in particolare nella fase di definizione del problema, raccontano il punto di vista di agronomi e architetti paesaggisti. Limitato è il numero di articoli che analizzano il tema prettamente da un punto di vista sanitario. Un infermiere che si occupi dell'assistenza di persone affette da malattia di Alzheimer deve essere interessato ad approfondire il tema dei trattamenti non farmacologici e del giardino terapeutico. Questi aspetti possono migliorare la sua esperienza lavorativa ed aiutarlo nell'agire professionale. Approfondire il tema dell'ambiente naturale come ausilio al processo di cura, presuppone un agire concorde con il profilo professionale e il codice deontologico dell'infermiere.(80) In questi documenti viene sottolineata la natura non solo tecnica, ma anche educativa e relazionale dell'assistenza infermieristica. Come la ricerca ha evidenziato la creazione di una relazione di cura e di una comunicazione efficaci sono favoriti dallo spazio verde. Inoltre l'infermiere è tenuto ad aggiornare e approfondire le sue conoscenze al fine di trovare nuove strategie per prendersi cura dei propri assistiti. L'ambiente naturale deve incuriosire ed essere studiato e valutato dagli infermieri che si occupano di persone affette da malattia di Alzheimer in modo da conoscere e sfruttare al meglio questo elemento terapeutico e trarne i maggiori benefici possibili.

Conclusione

Ovvia conseguenza del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è l'aumento delle patologie correlate all'età come la demenza. Si stima che nel 2050 le persone affette da questa malattia neurologica cronico-degenerativa saranno 131 milioni e molte di più saranno quelle coinvolte nella loro assistenza. La malattia di Alzheimer è una forma di demenza che, al pari delle altre, comporta la perdita delle capacità funzionali della persona. La progressione della patologia si accompagna alla comparsa di deficit cognitivi e fisici e al sopraggiungere di disturbi comportamentali e psicologici. Il degrado cognitivo comporta un peggioramento della qualità di vita delle persone e una difficoltà crescente nella gestione della sua assistenza. Migliorare il benessere e la salute delle persone affette da malattia di Alzheimer deve essere uno dei principali obiettivi che si pone il sistema sanitario nel prossimo futuro.

Considerato il fatto che non esiste una terapia efficace per guarire la malattia di Alzheimer, i professionisti sanitari, tra cui gli infermieri, devono trovare nuove strategie per migliorare il benessere e la qualità di vita dei loro assistiti. L'ambiente naturale è un elemento che può incidere positivamente sui trattamenti, rallentando il progredire della patologia e migliorando l'assistenza. Molteplici sono i benefici che si ottengono integrando i giardini terapeutici nel processo di cura delle persone affette da malattia di Alzheimer. La natura aiuta a rallentare il deterioramento cognitivo e a mantenere le capacità funzionali. Effetti positivi sono visibili rispetto alla comparsa dei sintomi comportamentali e psicologici. Questo incide positivamente sulla relazione di cura e sull'assistenza.

Ulteriori studi devono essere promossi in questo campo e gli infermieri devono dimostrare maggiore interesse rispetto al giardino terapeutico. Questo è uno strumento che, se conosciuto e utilizzato correttamente, può aiutare il professionista sanitario nell'erogare un'assistenza infermieristica migliore e nel promuovere un incremento del benessere e della qualità di vita nelle persone affette da malattia di Alzheimer.

Bibliografia

(6)(7) Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London. 2015.

(8)(9)(16) Cartabellotta A. Eleopra R. Quintana S. Pingani L. Ferrarese C. Starace F. Masina M. Mancardi G. Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza. Evidence. Open access journal. Gimbe Foundation. 2018. volume 10. Issue 10.

(13) Brunner-Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica. IV edizione. Volume 1. Milano: Casa Editrice Ambrosiana. 2010. Unità 2. Capitolo 12. 246-251.

(14)(22)(25) Jones M. Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per L'Alzheimer. Edizione italiana a cura di Bartorelli L. Roma: Carrocci Faber. 2005.

(23) Carbone G. Epidemiologia dei disturbi comportamentali nei diversi tipi di demenza. Corso di aggiornamento sulle demenze. Sarteano. 2009.

(26)(27) McGonigal-Kenney M. L. Schutte D. Adams S. Titler M. G. Non pharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions. Evidence-based guidelines. Journal of gerontological nursing. Febbraio 2006.9-14.

(26)(27) Abraha I. Rimland J.M. Trotta F.M. Dell'Aquila G. Cruz-Jentoft A. Petrovic M. Gudmundsson A. Soiza R. O'Mahony D. Guaita A. Cherubini A. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. BMJ Open. 2017

(34)(38) Botta M. Caro giardino prenditi cura di me. Delicate storie di vita e di benessere nella natura. Milano: Libreria della natura. 2018

(41)(42)(43)(45)(46)(47)(48)(49)(54)(55)(64)(65)(66)(77)(78) Canaglia C.M. Sinergia fra natura e scienza: i giardini terapeutici per la cura dei pazienti affetti dal morbo di Alzheimer. Tesi di laurea. Università degli studi di Padova. Facoltà di Agraria. 2014-2015.

(50)(60)(62)(65)(67)(75) Chukwuemeke Uwajeha P. Onosahwolyendob T. Polaya M. Therapeutic gardens as a design approach for optimising the healing environment of patients with Alzheimer's disease and other dementias: A narrative review. Elsevier. 2019.

(51)(52)(53)(57)(58)(59)(63)(68)(69)(70)(71)(72)(73)(74)(76) Rivasseau Jonveaux T. Batt M. Fescharek R. Benetos A. Trognon A. Bah Chuzeville S. B. Pop A. Jacob C. Yzoard M. Demarche L. Soulon L. Malerba G. Bouvel B. Healing Gardens and Cognitive Behavioral Units in the Management of Alzheimer's Disease Patients: The Nancy Experience. Mini-Forum Research Report. Journal of Alzheimer's Disease. 34. 2013. 325–338.

(79) Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheimer. IV convegno nazionale sui centri diurni Alzheimer. Pistoia. 2013 .

(80) FNOPI. Codice deontologico delle professioni infermieristiche. 2019.

Pedrinolla A. Tamburin S. Brasioli A. Sollima A. Fonte C. Muti E. Smania N. Schena F. Venturelli M. An Indoor Therapeutic Garden for Behavioral Symptoms in Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial. Journal of Alzheimer's Disease. 71. 2019. 813-823.

Gueib C. Pop A. Bannay A. Nassau E. Fescharek R. Gil R. Luc A. Rivasseau Jonveaux T. Impact of a Healing Garden on Self-Consciousness in Patients with Advanced Alzheimer's Disease: An Exploratory Study. Journal of Alzheimer's disease. 75. 2020. 1283-1300.

Sitografia

Istat Istituto Nazionale di Statistica

<http://www.istat.it>

(1) Report. Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea. Anno 2015.

https://www.istat.it/it/files//2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf

I.stat Il tuo accesso diretto alla statistica italiana

(2) Indicatori demografici

http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDDEMOG1

Alzheimer Italia La forza di non essere soli

<http://www.alzheimer.it/>

(3) Demenza: una priorità di salute pubblica. Il rapporto OMS-ADI invita tutte le nazioni a riconoscere le demenze come priorità e grave crisi di salute pubblica.

<http://www.alzheimer.it/reportoms.html>

Ministero della Salute

<http://www.salute.gov.it/>

(4) Piano Nazionale Demenze

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4231&area=demenze&menu=vuoto

(12)(15) Malattia di Alzheimer

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?

[lingua=italiano&id=171&area=Malattie_del_sistema_nervoso](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=171&area=Malattie_del_sistema_nervoso)

(80)Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1870_allegato.pdf

Osservatorio demenze dell'Istituto Superiore di Sanità

<https://demenze.iss.it/>

(5) Le demenze

<https://demenze.iss.it/le-demenze/>

(10)(11) OMAR Osservatorio Malattie Rare

<https://www.osservatoriomalattierare.it/alzheimer>

Epicentro L'epidemiologia per la sanità pubblica Istituto Superiore di Sanità

<https://www.epicentro.iss.it/>

(11)(17)(18)(19)(20)(21)(23)(24) Regione Lombardia. Asl Milano 1. Tavolo Tecnico Interaziendale ASL-RSA. I sintomi comportamentali e psicologici della demenza. 2010.

https://www.epicentro.iss.it/igea/raccolta/Allegati/lombardia/Sint_Comportam_Psicologici_Demenza.pdf

Monica Botta Architecture | Landscape | Healing gardens

<https://www.monocabotta.com>

(28) Il benessere derivato dalla natura, sul national geographic

<https://www.monocabotta.com/landscape/il-benessere-derivato-dalla-natura-sul-national-geographic/>

(29) Quali scambi avvengono tra uomo e natura in un contesto "healing"

<https://www.monocabotta.com/gardens/quali-scambi-avvengono-tra-uomo-e-natura-in-un-contesto-healing/>

(30)(36) Cosa sono e perchè dovrebbero essere progettati gli Healing gardens

<https://www.monocabotta.com/gardens/cosa-sono-e-perche-dovrebbero-essere-realizzati-gli-healing-gardens/>

(33) Non chiamateli giardini di terapia se non considerate la malattia

<https://www.monocabotta.com/gardens/non-chiamateli-giardini-di-terapia-se-non-considerate-la-malattia/>

American Horticultural Therapy Association Advancing the practice of horticulture as therapy

<https://www.ahta.org/>

(31)(32) Definitions and positions

<https://www.ahta.org/ahta-definitions-and-positions>

(35)(37) Horticultural therapy

<https://www.ahta.org/what-is-horticultural-therapy>