



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA:  
COME FAVORIRE LA COMUNICAZIONE  
NELLA VITA QUOTIDIANA IN PAZIENTI  
AFFETTI DA ALZHEIMER  
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore:

**Dott.ssa SILVIA GIACOMELLI**

Tesi di Laurea di:

**MIMMO LUCA MANUEL**

A.A. 2020/2021



## **INDICE**

### **ABSTRACT**

<b>INTRODUZIONE</b>	pag. 1
<b>CAPITOLO 1 – IL MORBO DI ALZHEIMER</b>	pag. 2
1.1 Quadro generale	pag. 2
1.2 Sintomi dell'Alzheimer	pag. 3
1.3 Stadi dell'Alzheimer	pag. 5
1.4 Fattori di rischio e prevenzione	pag. 6
1.5 Terapia farmacologica e non farmacologica	pag. 8
<b>CAPITOLO 2 – LA COMUNICAZIONE</b>	pag. 12
2.1 La comunicazione interpersonale	pag. 12
2.2 Comunicazione verbale e non verbale	pag. 13
2.3 Difficoltà nella comunicazione	pag. 15
2.4 Cambiamenti della comunicazione nei pazienti affetti da Alzheimer	pag. 15
2.5 Strategie per una comunicazione efficace	pag. 17
<b>CAPITOLO 3 – REVISIONE DELLA LETTERATURA</b>	pag. 20
3.1 Obiettivi	pag. 20
3.2 Picom	pag. 20
3.3 Materiali e metodi	pag. 20
3.4 Analisi dei risultati	pag. 22
3.5 Discussione	pag. 24
<b>CAPITOLO 4 – CONCLUSIONI</b>	pag. 34
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	

## ABSTRACT

**Background:** In questo elaborato si è voluto approfondire la tematica della conversazione con il paziente affetto da Alzheimer, quindi come poter comunicare, le strategie da mettere in atto e le situazioni da evitare per aver una comunicazione efficace con il paziente. La comunicazione è una componente indispensabile nella vita delle persone, e quando questa viene compromessa può portare all'isolamento, per questo motivo le persone devono essere aiutate e incentivate a comunicare.

**Obiettivo:** Individuare le migliori strategie per poter comunicare con pazienti affetti dal morbo di Alzheimer.

**Materiali e metodi:** Revisione di letteratura con consultazione della Banca dati di PubMed, e siti internet tramite Google scholar. I risultati sono stati ottenuti attraverso la ricombinazione delle seguenti parole chiave con l'operatore booleano "AND": Alzheimer disease/communication, Verbal communication, Non-verbal communication, Dementia/communication strategies, Alzheimer's disease, Alzheimer/ nursing. Per ottimizzare la ricerca si è scelto di applicare come filtro la data di pubblicazione inferiore a 10 anni.

**Discussione:** Per fare in modo che si possa avere una migliore comunicazione con il paziente, sono state individuate delle strategie per far sì che la comunicazione possa essere migliorata. Identificarsi e chiamare la persona per nome, guardarla negli occhi, ridurre al minimo le distrazioni, utilizzare frasi e parole brevi e semplici, parlare lentamente e distintamente, attendere pazientemente una risposta, ripetere informazioni o domande se dovesse essere necessario, girare le domande in risposte e i negativi in positivi, utilizzare la comunicazione non verbale, dare indizi visivi quando è possibile, scrivere le cose, trattare la persona con dignità e rispetto, far sorridere il paziente e includere la persona nelle conversazioni. Sono anche stati individuati degli elementi che bisognerebbe evitare in modo da non far chiudere in se stesso il paziente, come fare troppe domande contemporaneamente, utilizzare dei termini confusi, correggere il paziente se sbaglia delle parole, rimproverarlo e forzare il paziente a comunicare.

**Conclusioni:** Sono state individuate varie strategie per poter far in modo che si possa avere una comunicazione efficace con i pazienti affetti da Alzheimer. L'infermiere deve essere in grado di poter dare delle informazioni su come poter comunicare efficacemente, poiché anche questo aspetto fa parte dell'assistenza infermieristica

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni le aspettative di vita per gli esseri umani sono aumentate, provocando una crescita continua della popolazione anziana, ma contestualmente sono aumentate anche le demenze nelle persone anziane.

Le demenze costituiscono un problema sempre più rilevante nella sanità pubblica, poiché portano a disabilità della persona provocando un forte impatto sia nell'ambito sociale e sia nell'ambito sanitario.

Una delle forme più comuni di demenza è il morbo di Alzheimer, che rappresenta circa il 50-60 % dei casi di demenza. Si tratta di una patologia irreversibile e progressiva che distrugge lentamente la memoria del malato e le sue capacità cognitive, impedendo di portare a termine i compiti più semplici. La malattia deve il suo nome al Dr. Alois Alzheimer, che nel 1906 individuò cambiamenti nel tessuto cerebrale di una donna deceduta per un'allora sconosciuta malattia mentale.

Questa malattia colpisce in maggior misura persone di età superiore ai 65 anni, ma in alcuni casi può colpire soggetti più giovani. Questa malattia è purtroppo irreversibile, senza speranza di guarigione, e può durare dai 2 ai 20 anni. Inizialmente questa malattia si presenta con una perdita di memoria, e con il progredire si avranno difficoltà di comunicazione, deficit comportamentali e deficit cognitivi. L'aspetto in cui ci si è soffermati in questa tesi riguarda la comunicazione con il malato. Essendo questa una malattia che prevede dei cambiamenti della comunicazione, si è cercato di trovare delle strategie che ne possano permettere il mantenimento. La comunicazione è una componente fondamentale dell'essere umano, in quanto aiuta la persona a sentirsi meno isolata, incompresa e depressa.

## CAPITOLO 1 – IL MORBO DI ALZHEIMER

### 1.1 QUADRO GENERALE

Esistono svariate forme di malattie cronico degenerative che incidono in modo negativo sulla vita della popolazione più anziana, una di queste è la demenza, che provoca nei soggetti affetti una graduale perdita della memoria o ad altre abilità del pensare, andando a ridurre le capacità della persona di poter svolgere in maniera autonoma e regolare le attività di vita quotidiana. La prevalenza delle demenze nei paesi industrializzati è attualmente di circa l'8% nei soggetti ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% in soggetti con più di ottanta anni.

L'istituto superiore di sanità stima che più di un milione di italiani soffrono di demenza. Una delle forme più comuni di demenza è il morbo di Alzheimer, che rappresenta circa il 50-60 % dei casi di demenza e colpisce più le donne che gli uomini, in quanto la popolazione femminile ha una prospettiva di vita superiore rispetto a quella maschile.

La malattia di Alzheimer è stata descritta per la prima volta nel 1906 dallo psichiatra e neuropatologo tedesco Alois Alzheimer. Il paziente a cui per primo Alzheimer diagnosticò la malattia era una donna di 51 anni, Auguste Deter, sua connazionale, che manifestava differenti sintomi; un calo della memoria rapidamente progressivo ed un pronunciato danno psicosociale; a volte sentiva come se qualcuno volesse ucciderla e cominciava a gridare selvaggiamente. All'esame clinico, appariva disorientata nel tempo e nello spazio, nonché confusa. Inoltre, il suo stato generale era compromesso. La sua parola divenne completamente incomprensibile. Alla morte della paziente, Alzheimer ottenne il permesso di eseguire l'autopsia della donna. Esaminando scrupolosamente il suo cervello, per prima cosa notò un'evidente atrofia della corteccia e depositi anomali nel tessuto nervoso come placche amiloidi e ammassi neurofibrillari, che sarebbero stati considerati in seguito segni tipici della malattia di Alzheimer.

Per quanto riguarda la prospettiva di vita chi soffre del morbo di Alzheimer vive in media otto anni dopo che i sintomi diventano evidenti agli altri; tuttavia, la sopravvivenza può variare da quattro a vent'anni, a seconda dell'età e di altre condizioni di salute.

## 1.2 SINTOMI DELL'ALZHEIMER

La malattia di Alzheimer inizia in maniera ingannevole e insidiosa, tanto che spesso nemmeno i familiari riescono ad accorgersi del suo apparire. Molte volte questi sintomi iniziali lievi vengono sottovalutati o vengono scambiati per un normale declino fisiologico dovuto all'avanzamento dell'età, ma con il progredire della malattia i sintomi diventano sempre più evidenti fino a compromettere totalmente le relazioni sociali e le attività di vita quotidiana. Il sintomo predominante, e che nella stragrande maggioranza dei casi rappresenta l'esordio della malattia di Alzheimer, è il deficit di memoria: nel soggetto affetto da questa patologia si osserva una perdita progressiva della capacità nel ricordare eventi e persone, soprattutto nel breve termine. Questo porta all'insorgenza di una problematica relativa all'immagazzinamento di nuovi dati e al consolidamento di esperienze recenti.

Vi sono dei sintomi iniziali che non devono essere sottovalutati, e sono proprio questi sintomi che potrebbero rappresentare un esordio della malattia. Tra i principali sintomi della malattia abbiamo:

- **Amnesia:** L'amnesia è uno dei principali sintomi della malattia. Essa provoca un'incapacità di ricordare cose recenti, o eventi che sono accaduti dopo l'insorgenza della malattia.  
I pazienti affetti tendono a ricordare le persone e gli eventi passati, ma hanno difficoltà nel ricordare le cose nuove, recenti.
- **Aprassia:** L'aprassia è un disturbo neuropsicologico per cui un malato manifesta evidenti difficoltà o incapacità di compiere azioni comuni come ad esempio cucinare, aprire la porta o di allacciarsi le scarpe.
- **Agnosia:** Questo termine è utilizzato per indicare la perdita della capacità di riconoscere gli oggetti e/o le persone. Il paziente può infatti usare un oggetto in modo inappropriato oppure può non riconoscere le persone/familiari che gli stanno intorno, non ricordandosi nemmeno il nome.

- Anomia: L'anomia è l'incapacità a chiamare con il nome giusto un oggetto, pur riconoscendolo. Un soggetto affetto da anomia può utilizzare sinonimi, termini assonanti o neologismi per riferirsi all'oggetto di cui non ricorda il nome.
- Disorientamento spazio-temporale: Vi è disorientamento temporale quando il paziente non sa rispondere a delle semplici domande come ad esempio "che giorno è oggi", "in che mese siamo, in che stagione, in che anno". Naturalmente più è grave la discrepanza con le risposte, maggiore è il disorientamento. Vi è disorientamento spaziale se il paziente non sa rispondere alla domanda "dove ci troviamo ora".
- Acalculia: L'acalculia è l'incapacità di riuscire a svolgere semplici compiti matematici, come ad esempio addizioni, sottrazioni, moltiplicazioni e persino affermare quale dei due numeri è più grande.
- Agrafia: Il soggetto ha difficoltà di scrittura, e nelle forme più gravi può arrivare a non scrivere nemmeno la propria firma.
- Cambiamenti del tono dell'umore: Il soggetto affetto dal morbo di Alzheimer tende a mostrare repentini, marcati ed ingiustificati cambiamenti nel tono dell'umore, che vanno dalla depressione, all'euforia, al pianto. È comune l'insorgenza di depressione, ansia, insonnia, agitazione. Ad un'osservazione più attenta si deduce come l'insorgenza di questi sintomi siano collegati al senso di impotenza, di smarrimento che il paziente vive.
- Sintomi psicotici e modificazione della personalità: Il paziente può assumere comportamenti bizzarri, o aggressivi, che sono totalmente differenti dalla personalità che aveva la persona prima di riscontrare la malattia. Fra i sintomi psicotici si possono individuare allucinazioni, paranoia e pensieri non realistici.



### 1.3 STADI DELL'ALZHEIMER

Il decorso della malattia di Alzheimer pur essendo differente in ogni persona, si può suddividere in tre fasi principali: stadio iniziale, stadio intermedio e stadio avanzato. Queste tre fasi sono accumulate da sintomi specifici che si verificano in tutti i pazienti e andando avanti con la progressione della malattia, la persona malata perde sempre più la propria autonomia.

Lo stadio iniziale, detto anche amnestico, dura in genere dai due ai quattro anni. È caratterizzato da disturbi della memoria e del linguaggio. La persona ha vuoti di memoria soprattutto legati alla memorizzazione di nuove informazioni, mentre la memoria retrograda appare poco compromessa. Altre difficoltà si verificano nel trovare le parole per descrivere oggetti e situazioni familiari, è disorientato nello spazio tendendo a smarrirsi su percorsi noti. Il malato di Alzheimer manifesta un'attività fisica crescente: si agita ed è incapace di rimanere seduto a lungo; ha costantemente bisogno di muoversi e di essere attivo. Se si prova ad impedirglielo, reagisce con aggressività. È caratterizzata inoltre da un'alterata capacità di giudizio, riduzione del rendimento lavorativo, trascuratezza per l'igiene e l'abbigliamento e dall'inappropriatezza dell'uso del denaro. Le reazioni emotive possono essere variabili: depressione (se c'è consapevolezza del deficit), alcune volte la persona tende a dissimulare i deficit della memoria cercando di nascondere le sue difficoltà.

Lo stato intermedio, detto della demenza, può durare dai due ai dieci anni. In questa fase la perdita delle facoltà cognitive si riflette nella vita di tutti i giorni. Appare compromessa anche la memoria retrograda che riguarda i ricordi del passato: la persona non ricorda più i nomi e non riconosce i componenti della sua famiglia costruita (come moglie o marito), ma ricorda la famiglia originale (fratelli, genitori). Spesso il malato non riesce più ad eseguire una sequenza di gesti (aprassia) ed eseguire ordini semplici, non riconosce oggetti o persone, ha difficoltà persino nello scrivere la propria firma. Il paziente non può più eseguire gli atti quotidiani, come lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc. se non con la presenza e le istruzioni della persona curante e ciò solo fin quando capisce queste istruzioni. Il disorientamento nello spazio si aggrava e si manifesta anche nell'ambito familiare, per esempio il malato si perde anche nel suo appartamento. Lo stesso succede anche per il disorientamento nel tempo, oltre il giorno e l'ora, il malato dimentica anche il mese, l'anno e la stagione in cui sta vivendo. A questo stadio parecchi malati colpiti da

demenza sono soggetti ad allucinazioni o a deliri: essi vedono persone che non ci sono o sentono voci e rumori inesistenti. L'agitazione può diventare un vagabondare senza scopo. Numerosi malati lasciano il loro domicilio e non trovano più la strada del ritorno. Secondo la testimonianza di familiari curanti, lo stadio medio è il più difficile da sopportare, sia per la durata sia per le difficoltà sul piano fisico.

Lo stadio avanzato, detto anche vegetativo, dura in genere da uno a tre anni. In questa fase la persona perde totalmente la propria autonomia, non mangia, non comunica, non bada all'igiene personale e quindi necessita di un'assistenza continua. Il malato reagisce sempre meno a persone, storie, ricordi del suo passato. Fatica a capire e ad interpretare gli avvenimenti, anche i più semplici. Il linguaggio si riduce a qualche parola o allineamento di sillabe che porta ad un mutismo totale col passare del tempo. Inoltre, si presentano difficoltà nella nutrizione e i problemi legati all'alimentazione che sono molteplici: identificazione del cibo, aprire la bocca, masticare e deglutire. Di conseguenza se il malato è incapace di compiere questi semplici atti, rischia di andare incontro a polmonite ab ingestis, inghiottendo di traverso corpi estranei. In aggiunta, con il passare del tempo nei soggetti malati aumenta il rischio di cadute in quanto il suo cammino manca di sicurezza e il malato avanza a piccoli passi, che moltiplica le cadute, le ferite e le fratture. Ciò porta la persona a passare le giornate in sedia a rotelle, fino a diventare infermi. Infine, come conseguenza del deterioramento psico-fisiologico si arriva alla perdita di controllo della vescica e dell'intestino. Per il malato, l'incontinenza è motivo di angoscia: può provarne umiliazione e vergogna. Anche per chi assiste il problema non è facile da gestire: può sentirsi disgustato o imbarazzato e chiedersi come riuscirà mai a farcela. Il progresso della medicina ha favorito il prolungamento di questa fase della malattia.

#### 1.4 FATTORI DI RISCHIO E PREVENZIONE

Pur non essendo ancora noto cosa possa provocare la malattia di Alzheimer, è noto che diversi fattori aumentano il rischio di poterla sviluppare. I fattori di rischio che sono associati alla malattia di Alzheimer vengono divisi in due tipi di categorie: i fattori di rischio non modificabili e i fattori di rischio modificabili. Per quanto riguarda i fattori di rischio non modificabili non è possibile agire su di essi, mentre è possibile intervenire sui fattori di rischio modificabili, ottenendo dei risultati significativi.

Uno dei principali fattori di rischio non modificabili è rappresentato dall'età, che con l'avanzare incrementa anche il rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer. La maggior parte delle persone sviluppa l'Alzheimer dopo i sessantacinque anni e, da questo momento, l'incidenza di malattia incrementa in modo esponenziale fino a circa ottanta anni.

Un altro fattore di rischio non modificabile è rappresentato dal genere, in quanto è stato osservato che il genere femminile è più colpito da questa malattia rispetto al genere maschile.

Un ulteriore fattore di rischio non modificabile è rappresentato dalla genetica. Uno dei maggiori fattori genetici in grado di influenzare il rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer in età più avanzata è stato identificato in un gene che si chiama APOE. Una variante di questo gene (che si chiama APOE-4) conferisce un rischio maggiore di sviluppare la malattia. Ogni persona eredita un gene APOE dalla mamma e un gene dal papà. Chi eredita una sola copia di questi geni (o dal padre o dalla madre) ha un rischio da due a tre volte superiore di sviluppare la malattia rispetto a chi non eredita alcuna copia di questo gene. Chi eredita due copie di APOE-4 (una dal padre e una dalla madre), ha un rischio da otto a diciotto volte superiore di sviluppare la malattia rispetto a chi non lo eredita. Tuttavia, non è assolutamente certo che chi eredita il gene in questione sviluppi in futuro la malattia di Alzheimer. Infatti, non tutte le persone portatrici di questo gene hanno manifestato la malattia e non tutte le persone che hanno sviluppato l'Alzheimer erano portatori del gene APOE-4.

Gli scienziati non riescono completamente a capire che cosa causi la trasmissione del morbo di Alzheimer nelle famiglie, ma la genetica gioca il suo ruolo.

I principali fattori di rischio modificabili invece sono associati allo stile di vita: comprendono il fumo di sigaretta, l'assunzione di alcol, la carenza di vitamine, la scarsa attività fisica o altre attività di svago (fisiche, mentali, sociali). Il diabete, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, l'obesità e la dislipidemia rappresentano altri fattori di rischio associati all'Alzheimer così come una storia positiva per traumi cerebrali, patologie cerebrovascolari e vasculopatie. Una bassa scolarità e uno stile alimentare poco sano sono anch'essi associati ad un maggior rischio di sviluppare la malattia.

La prevenzione della malattia di Alzheimer è possibile, e bisogna andare ad agire sui fattori di rischio modificabili cambiando il proprio stile di vita. Quando compaiono i primi

sintomi clinici di malattia significa che è già in atto il processo neurodegenerativo che porterà alla progressiva e inevitabile perdita di neuroni. Gli interventi di prevenzione primaria agiscono sui fattori di rischio modificabili prima della comparsa dei sintomi, e potrebbero portare a una riduzione dei casi di Alzheimer e a ritardarne l'esordio nelle persone a rischio. Alcune strategie che si possono utilizzare per poter migliorare lo stile di vita sono: effettuare regolarmente esercizi fisici ed in particolare attività aerobica (come la corsa o una camminata), smettere di fumare, smettere di utilizzare sostanze alcoliche, seguire una dieta sana ed equilibrata che comprenda almeno 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno (viene consigliato l'utilizzo della dieta mediterranea), tenere la mente allenata impegnandosi in attività che favoriscono i meccanismi di plasticità cerebrale come ad esempio leggere un libro o fare cruciverba, mantenere la propria rete sociale prendendo parte ad attività sociali e ricreative e impegnarsi giornalmente in rapporti con altre persone.

## 1.5 TERAPIA FARMACOLOGICA E NON FARMACOLOGICA

La malattia di Alzheimer rappresenta circa il 50-60% dei casi di demenza. Data la gravità della malattia e il continuo aumento del numero di pazienti affetta da essa, è diventato urgente lo sviluppo di terapie efficaci per il trattamento dell'AD. L'evidenza patologica relativa alla malattia mostra che la degenerazione nelle regioni ricche di neuroni colinergici, vale a dire il nucleo basale di Meynert, la corteccia frontale, la corteccia cingolata anteriore e posteriore, è associata a perdita di memoria, agitazione e apatia. È stato dimostrato che l'acetilcolina è altamente correlata con la funzione della memoria, inclusa la codifica, l'archiviazione di consolidamento e il processo di recupero. Le vere cause dell'AD non sono ancora chiare. Esistono due segni distintivi patologici dell'AD, che consistono in fibrille amiloidi composte dal peptide beta-amiloide ( $A\beta$ ) e grovigli neurofibrillari.

Attualmente sono stati autorizzati dalla Food and Drug Administration (FDA) solo pochi farmaci specifici per le demenze, che sono rivolti esclusivamente alla malattia di Alzheimer. Le molecole oggi approvate e disponibili in Italia per il trattamento della malattia di Alzheimer sono quattro: donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina di cui i primi tre sono approvati per le forme lievi e moderate, la memantina invece viene utilizzata per le forme moderate e gravi. I tre inibitori delle acetilcolinesterasi approvati,

donepezil, rivastigmina e galantamina, condividono lo stesso meccanismo d'azione: l'inibizione dell'acetilcolinesterasi, ovvero l'enzima che degrada l'acetilcolina, che è il trasmettitore principalmente deficitario nel cervello dei pazienti con malattia di Alzheimer. La memantina invece è stata a lungo impiegata in Europa come farmaco per l'invecchiamento cerebrale e poi, in seguito a una sperimentazione clinica, è stata registrata per il trattamento della malattia di Alzheimer. Esiste inoltre la possibilità in alcuni pazienti di combinare il trattamento di un inibitore dell'acetilcolinesterasi e di memantina. Tuttavia, gli inibitori possono solo migliorare i sintomi cognitivi dell'AD per un certo periodo ma non possono modificare il decorso della malattia, infatti a distanza di tempo si verifica un progressivo riprendere della malattia di Alzheimer.

La Food and Drug Administration statunitense il 7 giugno 2021 ha approvato un trattamento dell'AD basato sull'utilizzo dell'Aducanumab, un anticorpo monoclonale umano che si lega preferenzialmente all'amiloide- $\beta$  aggregato per ridurre il numero di placche amiloidi e rallentare la progressione della malattia. È la prima terapia per l'AD che offre speranza a milioni di pazienti, ma c'è una notevole controversia sull'approvazione del farmaco.

Un'attenzione la meritano anche tutti gli altri farmaci che vengono assunti dal paziente, in particolare quelli utilizzati per il controllo dei disturbi del comportamento (ansia, depressione, disturbi psicotici, deliri). Va subito sottolineato però che l'uso di più farmaci comporta numerosi rischi in vari ambiti, aumentando la mortalità. Da un punto di vista generale i diversi farmaci psicotropi possono avere molti effetti collaterali e vanno quindi considerate le condizioni del paziente, la sua sensibilità individuale e le comorbidità. Alcuni degli effetti collaterali sono: problematiche gastrointestinali, alterazioni del metabolismo osseo, rischio di cadute, bradicardia etc.

Non disponendo attualmente di una soluzione terapeutica per la cura della demenza a lungo termine, l'approccio che apporta i migliori risultati è quello che combina l'intervento psicosociale con la farmacoterapia. Gli interventi psicosociali sono trattamenti non farmacologici che non provocano degli effetti collaterali, che sono tipici dei farmaci, ma vanno proposti in maniera appropriata in base alla fase della malattia dell'individuo. Il paziente affetto da questa determinata patologia va trattato non solo dal medico, ma anche da figure che creano un collegamento tra l'ambiente esterno e il soggetto stesso, tenendo conto delle sue sensazioni, dei suoi stati d'animo, gli permettono

di esprimersi nel miglior modo possibile e di affrontare al meglio il disagio psicologico derivante dalla malattia.

Lo scopo delle terapie non farmacologiche non è la cura della malattia in se, ma bensì il miglioramento della qualità di vita delle persone.

Diversi studi individuano nell'arteterapia, nella musicoterapia, nella danzaterapia, nella terapia Snoezelen, nella Validation Therapy e nella Rot Therapy, dei metodi alternativi da associare alla terapia farmacologica.

Il trattamento Snoezelen è un intervento terapeutico, nato in Olanda negli anni '70 che è finalizzato alla promozione del benessere nella persona, attraverso la stimolazione controllata dei cinque sensi, utilizzando effetti luminosi, colori, suoni, musiche, profumi. Molti ricercatori considerano gli ambienti Snoezelen come terapie multisensoriali in cui le persone con demenza sono incoraggiate ad impegnarsi con stimoli sensoriali in un ambiente positivo e non stressante. Inoltre, la stanza Snoezelen non richiede un importante coinvolgimento delle abilità intellettive che potrebbero provocare sentimenti di fallimento o di inadeguatezza. L'obiettivo di questo intervento è quello di promuovere comportamenti positivi e ridurre al minimo quelli disfunzionali.

La ROT, Reality-Orientation Therapy, in italiano terapia di orientamento alla realtà, è una terapia non farmacologica che si utilizza negli stadi iniziali della malattia per cercare di orientare il malato alla memoria, allo spazio e al tempo. Questa terapia è una delle più diffuse, e quando viene applicata produce dei buoni risultati. La ROT è finalizzata a riorientare il paziente rispetto a sé, alla propria storia e all'ambiente circostante. La ROT ha come obiettivo fondamentale quello di ridurre la tendenza all'isolamento rendendo il soggetto ancora partecipe alle relazioni sociali e all'ambiente che lo circonda. Questa terapia si prefigge di rafforzare le informazioni di base del paziente rispetto alle coordinate spazio-temporali ed alla storia personale tramite ripetitive stimolazioni verbali, visive, scritte e musicali.

La Validation Therapy è una terapia che viene utilizzata per poter avvicinare gli anziani con empatia e comprensione. Questa tecnica è stata proposta da Naomi Feil alla fine degli anni 60 e si rivolge a quei soggetti con una compromissione cognitiva moderata/severa, che non sono in grado di poter rispondere alla ROT. Viene spesso utilizzato per confortare e rassicurare le persone che convivono con il morbo di Alzheimer o un altro tipo di demenza. Questa terapia pone al centro il concetto di rispetto, la persona viene ascoltata

e rispettata, e viene dato il giusto valore alle sue emozioni e al modo in cui la persona pensa di essere, e non bisogna cercare di riportare la persona al presente. Chi utilizza questo tipo di tecnica deve porsi in ascolto dell'anziano, al fine di poter comprendere la sua visione della realtà e di creare con esso contatti emotivamente significati. Nelle situazioni in cui si ha un anziano disorientato non bisognerà usare domande che comprendano il perché, in quanto non sarà in grado di rispondere, andando così ad aumentare il suo stato d'ansia e d'agitazione, piuttosto sarà utile fare delle domande che comprendano chi, cosa, dove, quando e come. Il metodo Validation mette in secondo piano l'aspetto clinico dell'anziano, e si concentra sulla relazione andando ad utilizzare la comunicazione verbale e non verbale per sostenere i problemi relazionali.

Un'ulteriore terapia non farmacologica è rappresentata dalla doll therapy, una terapia che prevede l'utilizzo di una bambola che abbia delle precise caratteristiche (peso, altezza, espressione della faccia), ad aiuta a ridurre i disturbi psicologici, sociali e comportamentali. Questo tipo di terapia si basa sulla teoria dell'attaccamento, cioè nella formazione di un legame, e si realizza in situazioni di forte stress. La bambola viene consegnata al paziente malato chiedendogli di prendersene cura, e successivamente si andrà a creare una relazione con la bambola, andando a ridurre il senso di isolamento con il modo esterno. Questa terapia va a soddisfare il bisogno di vicinanza, di contatto, di rassicurazione e di sicurezza, andando a ridurre l'aggressività, l'ansia, la depressione, l'apatia e anche i disturbi del sonno. L'azione di accudire la bambola può favorire il risveglio di ricordi piacevoli, che possono riportare alla mente emozioni e sensazioni legate a un momento felice della propria vita. I benefici che questa terapia non farmacologica porta al paziente sono la riduzione dello stato di agitazione, dell'aggressività, del vagabondare senza una meta, una promozione dei comportamenti positivi e un aumento dei livelli di relazione sociale con l'ambiente esterno.

## CAPITOLO 2 – LA COMUNICAZIONE

### 2.1 LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE

La comunicazione è un aspetto fondamentale nella vita di ogni persona e si trova alla base di tutte le interazioni sociali, permettendo di trasmettere le informazioni da un individuo all'altro. La comunicazione la usiamo continuamente purché a volte può sembrare banale. Tutto è comunicazione, ogni parola che usiamo, ogni espressione facciale che facciamo, ogni gesto che manifestiamo ed è impossibile non comunicare con le persone, in quanto anche l'assenza intenzionale della comunicazione verbale comunica la nostra volontà di non entrare in contatto con l'altro.

Quando due persone entrano in contatto tra loro iniziano automaticamente a scambiarsi delle informazioni come il genere sessuale, l'età, l'etnia o lo stato d'animo. Più cose simili avranno gli interlocutori, minori saranno i rischi di potersi fraintendere.

Per poter comunicare si avrà bisogno di un individuo che invia un messaggio (definito come emittente) a un secondo individuo che andrà a ricevere quest'ultimo (definito ricevente). L'emittente dovrà come prima cosa rielaborare il messaggio, andando a trasformare un proprio pensiero in una serie di elementi che dovranno essere condivisibili con gli altri. Questa operazione può essere più o meno facile in base al tipo di informazione che si vuole trasmettere. Dopo che si è rielaborato il messaggio bisognerà decidere con quale codice sarà più opportuno esprimere quest'ultimo e inviarlo al ricevente. I codici che si possono usare sono quelli verbali e non verbali, e di conseguenza si avranno due tipi distinti di canali di trasmissione del messaggio che sono quello uditivo per il primo e quello visivo per il secondo. Qualsiasi esso sia il codice e il canale di trasmissione che è stato scelto, il messaggio può incontrare due ostacoli che possono influire sulla sua efficacia: la dispersione e la distorsione.

Una volta che il messaggio è arrivato al ricevitore quest'ultimo dovrà inviare un'informazione di ritorno (feedback) all'emittente, in modo tale da verificare se il livello di dispersione e distorsione sono rimasti entro i limiti. Questo permette all'emittente di accertarsi dell'avvenuta ricezione del messaggio, della sua comprensione e se ne condivide il contenuto. Per poter inviare il feedback, il soggetto ricevente diventerà l'emittente e seguirà lo stesso processo visto pocanzi (si andrà ad elaborare il messaggio, lo si codificherà, si sceglierà il canale con il quale trasmetterlo e lo si invierà).



Dopo aver inviato il feedback di ricezione del messaggio, bisognerà decodificare il contenuto di quest'ultimo in modo da poterne capire il contenuto, e solo dopo averlo capito si potrà inviare un feedback di comprensione del messaggio. La comunicazione è un fenomeno circolare tra emittente e ricevitore, e questi durante la conversazione si scambieranno continuamente i ruoli.

L'efficienza della comunicazione tra emittente e ricevente è data dall'adeguatezza del codice utilizzato e dalla quantità di informazione trasmesse rispetto al canale utilizzato.

## 2.2 COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE

Come è stato analizzato in precedenza, si hanno due tipi di canali per la trasmissione del messaggio che sono il canale verbale e il canale non verbale.

Il canale verbale utilizza il linguaggio per poter comunicare un'informazione, ed è necessario che il linguaggio sia condiviso dal soggetto ricevente se vogliamo che quest'ultimo comprenda quello che gli viene trasmesso. Se gli interlocutori dovessero condividere lo stesso linguaggio, allora, questa sarebbe la forma più adeguata di comunicazione per poter esprimere dei concetti complessi e articolati. Un'altra caratteristica importante nella comunicazione verbale è il background culturale e linguistico di riferimento, come ad esempio due infermieri, che si scambieranno informazioni su dei contenuti specifici della loro professione. In questo modo il margine di fraintendimento tra i due individui sarà minimo. Ovviamente questo tipo di comunicazione può avere dei limiti che fanno riferimento al canale di trasmissione utilizzato, in quanto è stato studiato che il cervello recepisce prima i segnali corporei inviati dall'emittente e dopo di che andrà a recepire i segnali uditivi, in oltre il canale uditivo può essere esposto a interferenze che possono essere dovute dal contesto ambientale rumoroso in cui ci si trova.

La comunicazione non verbale, invece, è un tipo di comunicazione che non utilizza le parole, ma utilizza le espressioni corporee, come sguardi, espressioni del viso o gesti, per poter esprimere un concetto. Questo tipo di comunicazione è ideale per trasmettere con rapidità le emozioni e gli stati d'animo, e utilizza principalmente il canale visivo che fa in modo che chi riceve il messaggio conservi quasi totalmente le informazioni che si vogliono trasmettere. Questo tipo di comunicazione ha il limite di non essere in grado di poter comunicare messaggi articolati, sequenze temporali o delle comparazioni.

Esistono vari aspetti fondamentali che vanno presi in considerazione in una comunicazione, questi aspetti sono il tono della voce, il volume della voce, la mimica facciale, la gestualità, lo sguardo e la postura.

Durante la comunicazione tra soggetti il tono della voce è decisivo per poter comprendere il significato di un messaggio, in quanto il tono ci fa comprendere meglio quello che l'emittente ci vuole trasmettere. Basti pensare ad esempio alla parola "complimenti", che in base al tono positivo o negativo che gli viene dato, questa può assumere due significati distinti. Si può cambiare il volume della voce durante la comunicazione; quindi passare da una situazione in cui si grida ad una situazione in cui si bisbiglia. Questo dipende molto dal tipo di argomento che si sta trattando (ad esempio un argomento imbarazzante) e anche dal tipo di luogo in cui ci si trova (ad esempio per richiamare l'attenzione). La mimica facciale è uno degli aspetti che più spicca all'occhio dell'interlocutore ma di cui l'emittente non è consapevole, in quanto non ha modo di potersi osservare dall'esterno. La mimica facciale è difficile da poter controllare e per questo gioca un ruolo fondamentale nella comunicazione, in quanto permette di capire lo stato d'animo della persona, se è rilassata, tranquilla, agitata o a paura. Lo sguardo ci fa rendere conto se la persona con cui stiamo parlando è interessata all'argomento, ad esempio se distoglie lo sguardo ci può far capire che non è interessato a continuare la discussione, oppure uno sguardo fisso su quello che diciamo ci fa capire l'interesse della persona. Anche la postura del corpo ha un ruolo fondamentale nella comunicazione, in quanto una persona che avrà le braccia incrociate ci darà l'idea di essere chiusa verso l'altro, mentre una persona con le braccia lungo i fianchi o con il busto rivolto leggermente in avanti può significare che è interessato. In fine la gestualità è uno degli aspetti che si riescono più a controllare poiché questi gesti, soprattutto di braccia e mani, vanno di pari passo con le parole che vengono emesse e riescono a rendere ancora più forte il pensiero che si vuole trasmettere. La maggior parte degli scambi comunicativi fra persone utilizza entrambi i codici costantemente, e quindi entrambi i canali di comunicazione: il primo per trasmettere il contenuto del messaggio, il secondo per esprimere lo stato d'animo e la relazione che l'emittente intende instaurare con il ricevente.

### 2.3 DIFFICOLTÀ NELLA COMUNICAZIONE

Indipendentemente dalla codifica e dal canale di trasmissione scelto, i messaggi incontrano due ostacoli che ne pregiudicano l'efficacia: la dispersione e la distorsione.

Per quanto riguarda la dispersione questa può far sì che il messaggio arrivi al ricevente in modo non totalmente completo, in quanto i fattori ambientali e i fattori psicologici possono interferire nella ricezione del messaggio da parte del ricevente. Questi fattori non possono essere eliminati, ma bensì possono essere ridotti. Un ambiente rumoroso andrà inevitabilmente ad ostacolare parte del messaggio o renderà più difficile la sua ricezione, così come un ambiente poco confortevole potrà ridurre l'attenzione e la concentrazione del ricevente. Anche la mancanza di interesse verso l'argomento o verso l'emittente può interferire con la ricezione del messaggio.

Nella distorsione invece non vi è una compromissione della ricezione del messaggio, ma bensì vi sarà una compromissione della comprensione. Nel momento in cui la persona ricevente andrà a recepire il messaggio dovrà decodificarlo, quindi trasformare le parole e le immagini ricevute in elementi a lui comprensibili. Si avrà una comunicazione efficace se questi elementi corrispondono con quelli che l'emittente voleva esprimere, e se questo non avviene vi sarà una distorsione del messaggio. Una delle diverse cause della distorsione può essere una diversa padronanza della lingua da parte degli interlocutori come, ad esempio, quando non si conosce il significato di una parola o ci si fraintende sul senso.

### 2.4 CAMBIAMENTI DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI AFFETTI DA ALZHEIMER

Chi è affetto dal morbo di Alzheimer andrà, purtroppo, prima o poi in contro ad una progressiva perdita della capacità di comunicare, che porterà a delle conseguenze negative per l'individuo e per i caregiver che se ne prendono cura. Il caregiver è una persona che presta assistenza gratuita e quotidiana ad un proprio parente non autosufficiente fisicamente e/o mentalmente. Le conseguenze di questa ridotta capacità comunicativa includono l'isolamento della persona, depressione, comportamento disturbato e una ridotta qualità di vita. Il peggioramento della comunicazione diviene evidente nelle pause, nei cambi di parole e nel discorso, che diventa sempre più

difficoltoso e ripetitivo. Si va a diminuire il vocabolario e così facendo si avrà difficoltà a mantenere aperto un dialogo. Questo tipo di declino può essere anche influenzato dalla consapevolezza del soggetto, che ne provoca frustrazione, imbarazzo e ansia, portando il soggetto a chiudersi in sé stesso. Le difficoltà comunicative provocano un disagio anche da parte dei caregiver che diminuiranno i tentativi di comunicazione con il familiare, andando a ridurre notevolmente le occasioni di poter interagire con gli altri.

Molto attenzione è stata posta all'evoluzione del cambiamento linguistico durante la malattia di Alzheimer, e molti studi hanno dimostrato che possono avvenire dei piccoli cambiamenti nel linguaggio e nella capacità di comunicazione già anni prima o addirittura anche decenni prima che il paziente o i suoi familiari vengano a conoscenza della malattia.

Nella fase iniziale della malattia i problemi di comunicazione sono focalizzati principalmente sulla ricerca delle parole corrette e sulle capacità di conversazione, incluse le abilità descrittive. In questa fase della malattia la lettura, scrittura e comprensione rimangono relativamente immutate rispetto ad una persona anziana sana. Con il progredire della malattia nello stato moderato, si avrà un declino delle capacità di relazionarsi agli altri, in quanto diminuiscono le capacità di comunicazione. Il paziente avrà difficoltà nell'uso di un linguaggio appropriato, nella formazione di un concetto, nella comprensione di conversazioni articolate, nella scrittura, nel tenere il filo di un discorso. In questa fase il paziente potrebbe anche chiudersi in sé stesso ed esprimersi sempre meno. Nella fase avanzata della malattia i problemi che sono stati descritti nelle prime due fasi si andranno ad aggravare sempre di più, in quanto i problemi di comunicazione diventeranno sempre più importanti. In questa fase finale i pazienti comunicheranno solo se saranno stimolati o, comunque sia, comunicheranno sempre meno, ripeteranno più volte parole o frasi pronunciate da altre persone o da loro stessi, pronunceranno parole o frasi senza nessun significato. Poiché la comunicazione verbale si è molto aggravata, i pazienti tenderanno a comunicare mediante i gesti per far capire qualcosa o per indicare degli oggetti, mantenendo così una comunicazione di base.

La problematica di ricercare le parole adatte, ripetere le domande, seguire e mantenere il discorso con le altre persone è un problema comune dei pazienti affetti da Alzheimer, e andranno ad influenzare in modo totalmente negativo la comunicazione in ambito sociale e domestico.

Bisogna tener presente che il malato di Alzheimer si rende conto di non ricordare le cose, di non riuscire a sviluppare un discorso, e per questo motivo decide di chiudersi in sé stesso andandosi ad isolare dalle altre persone. Il paziente va incoraggiato e aiutato, e sono proprio le persone più vicino a lui, cioè i caregiver, che devono comunicare al meglio con lui per poter capire i suoi bisogni. Proprio per questo motivo sono state messe in atto delle strategie per far sì che possa avvenire una comunicazione efficace.

## 2.5 STRATEGIE PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE

La comunicazione, come già detto in precedenza, è costituita da una componente verbale e una componente non verbale, ed è proprio la componente non verbale a diventare importante per poter entrare in contatto con l'anziano, diventando una porta di accesso al suo mondo. Sarà importante ricordare questa definizione perché dove non possono arrivare le parole, arriverà sicuramente tutto l'aspetto non verbale, cioè i gesti, il tono della voce e la mimica facciale. Durante la comunicazione il malato deve sentirsi al sicuro e deve avere fiducia della persona che si trova in quel momento con lui. Deve crearsi empatia tra le due persone che dialogano, cioè si deve creare un legame in modo da potersi mettere nei panni dell'altro per poter capire quello che sta accadendo.

Un aspetto fondamentale che deve essere abbandonato nell'interazione con il malato di Alzheimer è un tipo di comunicazione che viene definita "conversazione diseguale". Questo tipo di conversazione si stabilisce tra il malato di Alzheimer e il suo caregiver, che solitamente è una persona normodotata, ed è basata sul fatto che l'interlocutore non sia capace di comprendere, di sentire e accorgersi di quello che gli sta accadendo intorno. Per questo motivo quindi si smette di parlare con lui per parlare attraverso di lui, nel senso che le parole attraverseranno il malato racchiudendolo in se stesso come in una bolla che andrà a ridurre giorno dopo giorno i tentativi da entrambe le parti di restare in contatto e di stimolarsi a vicenda.

Nel malato la necessità di poter conversare rimane attiva al di là della comunicazione in sé per sé, e bisognerà tenere attiva la conversazione senza comunicazione, quindi bisognerà essere presenti attraverso l'intenzione, senza farsi influenzare dal risultato della comunicazione.

Quando si approccia una comunicazione con paziente affetto da Alzheimer è utile adoperare delle strategie per farsi comprendere il più possibile e cercare di non stressare

il paziente. Prima di tutto bisognerà identificare due momenti principali che sono prima di entrare in contatto con il paziente e durante la comunicazione.

Nel primo caso sarà utile segnalare al paziente il nostro arrivo facendo un po' di rumore o canticchiando una canzone. Bisognerà eliminare i rumori di sottofondo come la televisione o la radio, dopo di che sarà utile muoversi lentamente per non far stressare il paziente e posizionarsi di fronte a lui. Se il paziente è seduto, sarà utile sedersi d'avanti a lui alla stessa altezza così da stabilire un contatto visivo, questo farà in modo che la persona possa dedicarci più attenzione. Toccare la persona dolcemente e pronunciare il suo nome sorridendo è un altro elemento utile per far in modo che possa esserci un contatto. Se il paziente non vuole o non ha voglia di entrare in contatto non bisogna forzarlo, ma bensì bisognerà aspettare qualche minuto per poi poterci riprovare.

Per quanto riguarda il secondo caso, cioè durante la comunicazione, sarà essenziale parlare lentamente in modo calmo e cercare di conservare il contatto visivo il più a lungo possibile. Sarà utile far capire l'argomento principale della conversazione, e questo non dovrà essere improvvisamente cambiato, poiché potrebbe mandare in confusione il paziente. Bisognerà utilizzare delle frasi corte con parole semplici, evitando le spiegazioni lunghe che manderebbero inevitabilmente il paziente a non capire il discorso. Utilizzare domande che prevedano una risposta chiusa come "sì o no" per far in modo che il paziente non si agiti e non perda il filo del discorso. Questa strategia porta dei benefici e sembra essere molto efficace, in quanto il paziente capirà la domanda che gli viene posta poiché è stata semplificata il più possibile per permettergli di capire e rispondere con successo. Contestualmente però questa strategia può limitare le opzioni del paziente, ed è per questo motivo che va adottata in base alla necessità, ad esempio se avremo un'urgenza comunicativa sarà utile porre delle domande semplici che prevedano sì/no come risposta, se invece non si avrà un'urgenza comunicativa sarà più opportuno cercare di mantenere le capacità della persona utilizzando le strategie di riparazione appropriate. Lasciare al paziente il tempo di trovare le parole e di poter finire le frasi, e se non si dovesse capire quello che dice non bisogna far finta di aver capito, ma individuare le parole chiave e ripeterle, almeno in questo modo potremmo avere la conferma di aver capito. Non sempre durante la conversazione sarà possibile utilizzare degli oggetti per poter aiutare a comprendere meglio i messaggi, ma se vi fosse la possibilità, questa strategia potrebbe aiutare molto il paziente. Una delle cose più

importanti è cercare di capire le emozioni che si nascondono sotto le parole, stando sempre attenti alle espressioni del volto (messaggi non verbali).

Vi sono anche degli elementi che sarebbe opportuno evitare durante una conversazione, in quanto questi elementi potrebbero portare ad una chiusura del paziente. Ad esempio, l'utilizzo di frasi negative, frasi che sono ironiche o sarcastiche e giochi di parole. Utilizzare dei riferimenti generici come ad esempio "facciamo come abbiamo sempre fatto" è sconsigliato, ma specificare di preciso cosa si farà, almeno in questo modo la persona non inizierà ad entrare in uno stato di ansia e agitazione. Non rimproverare il paziente se sbaglia delle parole o delle frasi e non porre troppe domande poiché potrebbe creare confusione nella sua testa.

La comunicazione con il paziente non dovrebbe mai mancare, per questo motivo tutte queste strategie dovranno essere insegnate sia ai caregiver sia agli infermieri che si prendono cura dei pazienti affetti dal morbo di Alzheimer.

Come già visto nel capitolo precedente vi è una terapia non farmacologica, chiamata doll therapy, che facilita la formazione di relazioni comunicative nei pazienti affetti da Alzheimer e va anche a migliorare le funzioni cognitive. Ovviamente questa strategia non dovrà essere utilizzata da tutti, ma solamente dal personale formato.

## CAPITOLO 3 – REVISIONE DELLA LETTERATURA

### 3.1 OBIETTIVO

L'obiettivo di questa ricerca è di condurre una revisione della letteratura per articoli che riportano gli interventi che sono incentrati sul miglioramento della comunicazione nella vita di tutti i giorni nei pazienti affetti dal morbo di Alzheimer, assistiti da personale infermieristico e dai caregiver.

### 3.2 PICOM

Per poter costruire le stringhe di ricerca è stata utilizzata la metodologia PICOM, andando ad escludere il confronto con altri tipi di interventi.

P	PAZIENTE/POPOLAZIONE	Pazienti affetti dal morbo di Alzheimer
I	INTERVENTI	Strategie di comunicazione efficace
C	CONFRONTO	/
O	OUTCOME	Maggior dialogo e benessere dei pazienti affetti da Alzheimer
M	METODO	Revisione della letteratura
	QUESITO DI RICERCA	Quali sono le strategie che un infermiere può mettere in atto per migliorare la comunicazione con pazienti affetti da Alzheimer?

### 3.3 MATERIALI E METODI

Per poter dare una risposta al quesito di ricerca è stata condotta una revisione della letteratura partendo dalla definizione della malattia, dall'eziologia di base e del suo decorso. Inoltre, grande importanza è stata data alla comunicazione con il paziente, cercando di capire come potersi relazionare con esso ed elaborare delle strategie per poter migliorare la comunicazione.

Questo lavoro è stato possibile attraverso la consultazione di libri, articoli e riviste selezionate consultando la banca dati di PubMed, Google Scholar, siti internet delle associazioni Alzheimer e libri.



Le parole chiave che sono state utilizzate nella banca dati sono:

- “Alzheimer’s disease”
- “Alzheimer disease AND communication”
- “Alzheimer AND nursing”
- “Verbal communication”
- “Non-verbal communication”
- “Dementia and communication strategies”

<b>Banca dati</b>	<b>Parola chiave</b>	<b>Limiti</b>	<b>Risultati</b>
PubMed	“Alzheimer disease AND communication”	Ultimi 10 anni	69
	“Verbal communication”	Ultimi 10 anni	29
	"Non-verbal communication"	Ultimi 10 anni	9
	"Dementia and communication strategies"	Ultimi 10 anni	51
	“Alzheimer’s disease”	Ultimi 10 anni	1444
	“Alzheimer AND nursing”	Ultimi 10 anni	202

Per la ricerca sono stati adoperati i seguenti criteri di inclusione:

Popolazione	Pazienti affetti dal morbo di Alzheimer
Intervento	Strategie di comunicazione
Indicatori di esito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• migliorare della qualità di vita</li> <li>• migliorare la comunicazione</li> <li>• migliorare la comprensione</li> </ul>
Caratteristiche degli studi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letteratura pubblicata negli ultimi 10 anni</li> <li>• Lingua inglese</li> </ul>

### 3.4 ANALISI DEI RISULTATI

Per quanto concerne la comunicazione e le strategie adottate per giungere ad una comunicazione efficace, tutti gli articoli che sono stati scelti vanno ad elencare le varie modalità e i consigli da mettere in atto per comunicare con il paziente affetto da Alzheimer. Questi articoli partono dal presupposto che la malattia provoca una compromissione delle interazioni sociali che vanno ad aumentare man mano che la malattia avanza, portando ad un peggioramento del benessere sia del paziente e sia di chi gli sta intorno.

Le strategie individuate per poter effettuare una corretta comunicazione con il paziente affetto da Alzheimer sono basate sia sull'approccio con la persona e sia sugli elementi che sarebbe opportuno evitare.

Le strategie di approccio sono:

- Identificarsi
- Chiamare la persona per nome
- Guardare negli occhi
- Ridurre al minimo le distrazioni
- Usare frasi e parole brevi e semplici
- Parlare lentamente e distintamente
- Attendere pazientemente una risposta
- Ripetere informazioni o domande se dovesse essere necessario
- Girare le domande in risposte
- Girare i negativi in positivi
- Utilizzare la comunicazione non verbale
- Dare indizi visivi quando è possibile
- Scrivere le cose se la persona è in grado di capire
- Trattare la persona con dignità e rispetto
- Far sorridere il paziente
- Includere la persona nelle conversazioni

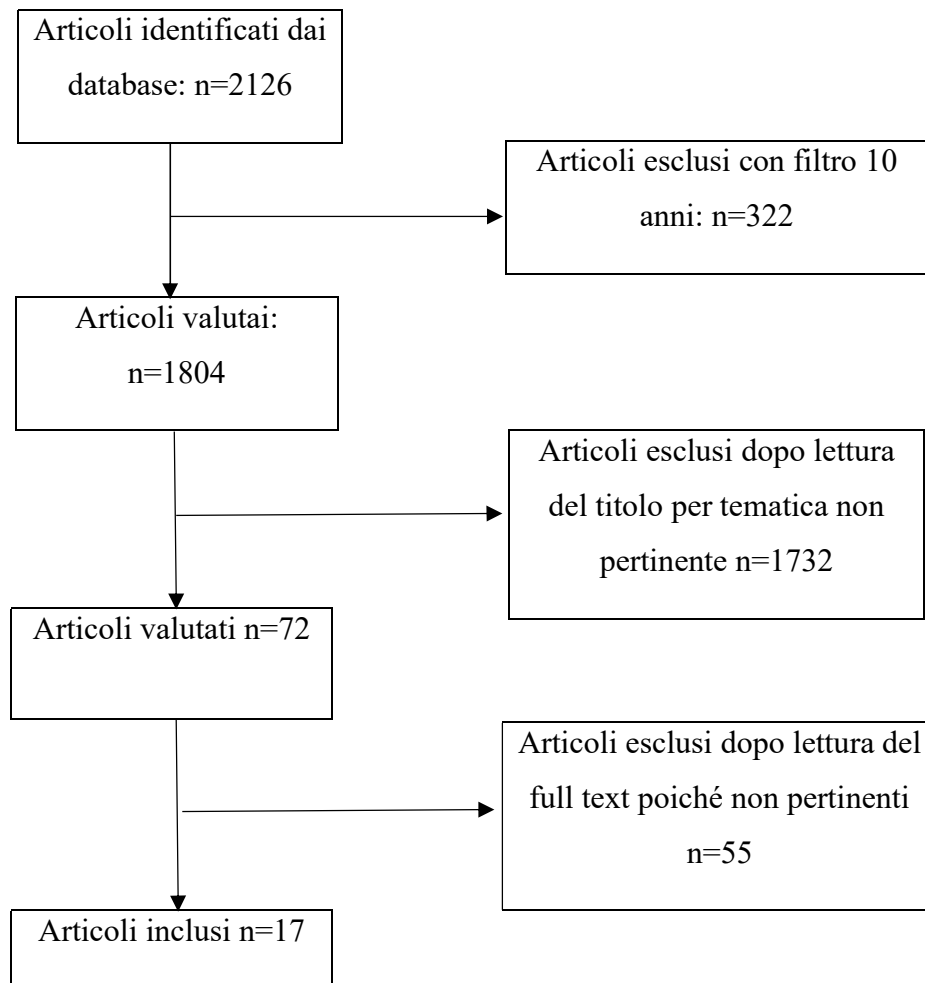
Gli elementi che invece bisognerebbe evitare sono:

- Non fare troppe domande contemporaneamente
- Non utilizzare dei termini confusi
- Non correggere il paziente se sbaglia delle parole

- Non rimproverarlo
- Non forzare il paziente a comunicare, ma riprovarci dopo pochi minuti
- Non utilizzare dei riferimenti generici, ma spiegare con precisione quello che si andrà a fare

### 3.5 DISCUSSIONE

Di seguito è riportato il diagramma di ricerca per la selezione degli articoli.



A questi 17 articoli ne sono stati aggiunti 2 attraverso la ricerca libera su Google Schola, per arrivare ad un totale di 19 articoli inclusi nella revisione.

Nelle pagine successive sono state inserite le tabelle riassuntive dei risultati.

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Connected speech as a marker of disease progression in autopsy-proven Alzheimer's disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samrah Ahmed, Anne-Marie F. Haigh, e Peter Garrard Brain, Volume 136 2013</li> </ul>	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	Lo scopo del presente studio era identificare le caratteristiche del discorso connesso che potrebbero essere utilizzate per esaminare i profili longitudinali di compromissione nella malattia di Alzheimer.	Vi è una progressiva interruzione dell'integrità del linguaggio, rilevabile dalla fase prodromica in un sottogruppo di pazienti con malattia di Alzheimer, e le misure del contenuto semantico e lessicale e della complessità sintattica colgono al meglio la progressione globale del deterioramento linguistico attraverso le successive fasi cliniche della malattia.
Aspects of communication in Alzheimer's disease: clinical features and treatment options	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Michael Woodward International Psychogeriatric Association 2013</li> </ul>	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	L'obiettivo di questa revisione era quello di evidenziare l'impatto di deficit di comunicazione in AD, e discutere la necessità di trattamenti efficaci.	La capacità di trattare o rallentare la progressione dei deficit di comunicazione in pazienti con Alzheimer prolungherebbe l'indipendenza del paziente, e hanno un profondo impatto sulla qualità della vita dei pazienti e dei caregiver. L'uso di trattamenti farmacologici (terapie anti-ad) e non farmacologici (stimolazione cognitivo-linguistica) possono essere metodi di gestione utili e giustificano ulteriori indagini.

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
<p>Communication With Individuals With Alzheimer's Disease: Examination of Recommended Strategies</p>	<p>- Ruth M. Tappen, Christine Williams-Burgess, and Sarah Fishman Arch psychiatr nurs - 2007</p>	<p>Manoscritto d' autore</p>	<p>Pazienti affetti da Alzheimer</p>	<p>Lo scopo di questo studio era di determinare se molte delle strategie generalmente raccomandate per facilitare la comunicazione con individui con malattia di Alzheimer fossero supportate da dati empirici.</p>	<p>I risultati di questo studio suggeriscono che, sebbene gli infermieri utilizzassero più domande a risposta chiusa rispetto agli altri tipi, i soggetti erano in grado di rispondere a domande a risposta aperta con pari abilità.</p>
<p>Comparison of the efficacy of gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia</p>	<p>- Angela Balzotti, Marianna Filograsso, Claudia Altamura, Beth Fairfield, Antonello Bellomo, Fabio Daddato, Rosa Anna Vacca, e Mario Altamura International journal of geriatric psychiatry - 2018</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Pazienti affetti da demenza</p>	<p>Questo studio ha lo scopo di confrontare gli effetti in individui anziani con demenza, di due programmi di intervento, il trattamento gestuale-verbale (GVT), e la terapia della bambola (DT). Il GVT agirebbe sulle abilità linguistiche sia ricettive che espressive, il DT sull'attaccamento e sulle connessioni emotive.</p>	<p>I pazienti nel gruppo GVT hanno mostrato miglioramenti significativi nei punteggi di apatia e depressione. Il DT ha migliorato i sintomi di agitazione rispetto a GVT mentre GVT ha mostrato miglioramenti nell'apatia rispetto a DT.</p>

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mary Egan, Daniel Bérubé, and Elizabeth Rochon</li> <li>- International journal of Alzheimer's disease - 2010</li> </ul>	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	Questa revisione sistematica indaga l'efficacia dei metodi per migliorare la comunicazione verbale degli individui con malattia di Alzheimer con i loro caregiver.	Questa revisione sistematica dell'efficacia delle tecniche utilizzate per migliorare la comunicazione tra gli individui con AD e i loro caregiver ha indicato il più alto livello di supporto per l'uso di ausili per la memoria combinato con la formazione del caregiver.
Promoting the maintenance of satisfactory communication: strategies used by caregivers and medical staff with people suffering from Alzheimer's disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marie Vachon, Marie-Christine Veilleux, Joël Macoir</li> <li>- John Libbey eurotext - 2017</li> </ul>	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	L'obiettivo di questa revisione della letteratura era di determinare le strategie di comunicazione che promuovono le interazioni tra gli individui con malattia di Alzheimer (AD) e gli operatori sanitari o il personale medico.	Questo articolo fornisce alcune strade utili per interagire meglio con le persone con AD.

<b>Articolo</b>	<b>Autore/i – rivista – anno</b>	<b>Tipo di articolo</b>	<b>Caratteristiche dei partecipanti</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Risultati</b>
Narrative review: recent advances in doll therapy for Alzheimer's disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cai X, Zhou L, Han P, Deng X, Zhu H, Fang F, Zhang Z</li> <li>- Annals of palliative medicine - 2021</li> </ul>	Revisione narrativa	Pazienti affetti da Alzheimer	Questo articolo esamina la recente ricerca sulla terapia della bambola (DT), una terapia non farmacologica ampiamente utilizzata sui pazienti con AD, in particolare la sua efficacia clinica e le precauzioni nel trattamento dell'AD, con un tentativo di alleviare ulteriormente i sintomi mentali e migliorare lo stato di salute dell'AD pazienti.	La DT è una terapia centrata sulla persona che può migliorare sia lo stato mentale e cognitivo che la qualità della vita nei pazienti con AD. Sebbene permanga una controversia etica sul DT sui pazienti con AD, il suo effetto positivo è stato dimostrato.
Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer's disease during an activity of daily living	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rozanne Wilson, Elizabeth Rochon, Alex Mihailidis, Carol Leonard</li> <li>- Journal of speech, language, and hearing research - 2012</li> </ul>	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	Esaminare come i caregiver formali (cioè impiegati) usano strategie di comunicazione verbale e non verbale mentre assistono le persone con malattia di Alzheimer (AD) da moderata a grave durante il completamento con successo di un'attività della vita quotidiana (ADL).	Questo studio si aggiunge al corpo limitato di prove a sostegno dell'uso di strategie di comunicazione specifiche da parte dei caregiver che assistono le persone con AD da moderato a grave durante il completamento con successo delle ADL.



Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Preserved Consciousness in Alzheimer's Disease and Other Dementias: Caregiver Awareness and Communication Strategies	- Alison Warren - Frontiers - 2021	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	Questo documento ha cercato di capire come e in che misura la formazione sulla consapevolezza sui livelli di coscienza nell'AD influirebbe le interazioni della qualità della vita nella diade caregiver-paziente.	La somma dei risultati indica una relazione positiva tra una maggiore consapevolezza e formazione del caregiver, interazioni positive, e il miglioramento delle misure di qualità della vita tra i pazienti e gli operatori sanitari.
Language and communication non- pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review. Communication intervention in Alzheimer	- Aline Nunes da Cruz Morello, Tatiane Machado Lima, and Lenisa Brandão - Scielo brazil - 2017	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	Condurre una revisione sistematica della letteratura per articoli che riportano interventi incentrati sul linguaggio e sulla comunicazione delle persone con malattia di Alzheimer (AD) senza l'uso di farmaci.	Gli studi con alti livelli di evidenza sull'argomento indagato vengono condotti solo su piccola scala. Due tecniche di intervento sembrano potenzialmente efficaci: approcci lessicali semantici e interventi che funzionano con diverse abilità cognitive (compreso il linguaggio).

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Verbal and gestural communication in interpersonal interaction with Alzheimer's disease patients	- Loris Tamara Schiaratura, Angela Di Pastena, Françoise Askevis-Leherpeux, Sylvain Clemente - John libbey eurotext - 2015	Studio	Pazienti affetti da Alzheimer	Lo scopo dello studio era quello di studiare la comunicazione non verbale delle persone affette da malattia di Alzheimer (AD) concentrandosi sui gesti delle braccia e delle mani emessi spontaneamente in un contesto di interazione sociale.	I risultati confermano il deterioramento del linguaggio delle persone con AD, ma mostrano che il registro gestuale è ancora presente. Questo risultato sembra confermare l'opinione che il linguaggio e il gesto dipendono da distinti sistemi paralleli piuttosto che dall'impatto dei disturbi del linguaggio nella comunicazione gestuale.
What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review	- Sarah Alsawy, Warren Mansell, Phil McEvoy and Sara Tai - International Psychogeriatrics - 2017	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da demenza	Questi studi hanno esplorato esperienze senza suggerimenti di metodi di comunicazione, "esplorazione aperta" o attraverso l'esame di esperienze di strategie, "esplorazione di strategie". Un tema significativo riguardava le difficoltà di comunicazione che intaccavano le relazioni interpersonali e le attività della vita quotidiana.	È evidente la necessità di coinvolgere le persone con demenza nella ricerca, in particolare intorno alle loro esperienze di comunicazione. Tale ricerca sarebbe fondamentale per facilitare l'assistenza centrata sulla persona, rafforzare le relazioni sociali e informare i programmi di formazione.

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche che dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Alzheimer's disease including focal presentations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicolas Villain, Bruno Dubois</li> <li>- Seminars in neurology</li> <li>- 2019</li> </ul>	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	<p>Co-occorrenza della patologia AD con altre malattie neurodegenerative e vascolari è comune e aumenta con l'età. Questo presenta una sfida nella pratica clinica attuale a causa a una mancanza di biomarcatori affidabili per le malattie neurodegenerative non-ad.</p>	<p>Ora sappiamo che le neuropatologie si verificano soprattutto con l'aumento dell'età, ma non sappiamo ancora la provenienza di questa nuova complessità. Ricerca sul neuroimaging o biomarcatori biologici dovrebbero aiutarci a districare queste malattie e ci aiutano a progettare migliori studi clinici.</p>
Aducanumab : The first targeted Alzheimer's therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pan Yang, Fusheng Sole</li> <li>- Rivista J-STAGE</li> <li>- 2021</li> </ul>	Studio clinico	Pazienti affetti da Alzheimer	Aducanumab è in grado di rallentare la progressione della malattia?	<p>Aducanumab, un anticorpo monoclonale umano che si lega preferenzialmente all'amiloide-β aggregato per ridurre il numero di placche amiloide e rallentare la progressione della malattia, è stato approvato per il trattamento dell'AD dalla Food and Drug Administration statunitense il 7 giugno 2021. È la prima malattia- modificando la terapia per l'AD, ma c'è una notevole controversia sull'approvazione del farmaco.</p>

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Clinical trials of new drugs for Alzheimer disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Li-Kai Huang, Shu-Ping Chao and Chaur-Jong Hu</li> <li>- Journal of Biomedical Science - 2020</li> </ul>	Sperimentazione clinica	Pazienti affetti da Alzheimer	<p>I ricercatori hanno sviluppato e stanno testando diversi possibili interventi mirati a vari obiettivi, inclusi interventi anti-amiloide e anti-tau, modifica dei neurotrasmettitori, interventi di neuroinfiammazione e neuroprotezione e potenziamento cognitivo e interventi per alleviare i sintomi psicologici comportamentali.</p>	<p>Mancano ancora farmaci efficaci o modificanti la malattia per l'AD. Gli eventi molecolari e clinici, tra cui l'accumulo di amiloide, la neuroinfiammazione, l'accumulo di tau, la degenerazione neurale, il declino cognitivo e l'insorgenza di sintomi psicologici comportamentali, si sviluppano insieme alla progressione dell'AD. Gli studi clinici mirati a questi eventi sono in fase di valutazione.</p>
Communication in healthcare interactions in dementia: a systematic review of observational studies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jemima Dooley, Cate Bailey, Rose McCabe</li> <li>- International Psychogeriatrics - 2015</li> </ul>	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	<p>La comunicazione è influenzata nelle fasi iniziali della malattia</p>	<p>I pazienti hanno usato l'umorismo e la metafora per compensare le difficoltà nel recuperare le informazioni e nel rispondere in modo appropriato, suggerendo una consapevolezza preservata della pragmatica dell'interazione. I ruoli del compagno oscillavano tra il difensore del paziente e l'informatore professionale. I professionisti hanno incontrato difficoltà nell'adattarsi a gruppi eterogenei di pazienti con capacità ed esigenze diverse.</p>

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
The Role of Gesture in Communication and Cognition: Implications for Understanding and Treating Neurogenic Communication Disorders	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sharice Clough and Melissa C. Duff</li> <li>- Frontiers in human neuroscience e 2020</li> </ul>	Revisione della letteratura	Pazienti affetti da Alzheimer	Sfruttare il gesto per esplorare il suo potenziale non sfruttato nella comprensione e nella riabilitazione dei disturbi della comunicazione neurogena.	Qui affermiamo che il gesto non è solo un accessorio del sistema linguistico, ma piuttosto un partner integrante nella comunicazione. Oltre a supportare l'apprendimento e la memoria, i gesti facilitano l'esplorazione delle idee soprattutto quando si tratta di risolvere problemi visuo-spaziali e ragionamenti complessi.

## CAPITOLO 4 – CONCLUSIONI

Uno dei motivi che mi ha spinto a trattare questo argomento è l'aumento crescente di persone anziane affette dal morbo di Alzheimer, che gli infermieri si troveranno sempre più ad assistere. Questo è dovuto ai miglioramenti fatti nel campo della medicina, che ha portato ad un allungamento della vita media delle persone. Questa malattia provoca tantissimi disagi alla persona che ne è affetta, ma ne provoca anche ai suoi caregiver che se ne prendono cura. L'aspetto principale su cui mi sono soffermato riguarda la comunicazione, che è un aspetto fondamentale nella vita delle persone, a maggior ragione nei pazienti affetti da Alzheimer. In questo lavoro sono state esplicate le migliori tecniche per poter comunicare con i pazienti, cosa bisognerà fare e cosa bisognerà evitare. L'infermiere, essendo una figura che passa molto tempo con il malato, deve essere in grado di poter dare delle informazioni su come poter comunicare efficacemente, poiché anche questo aspetto fa parte dell'assistenza infermieristica e molto spesso viene trattato poco, se non per nulla. Solitamente, quando si va a prendere in carico un paziente affetto da Alzheimer, l'attenzione viene posta sul decadimento cognitivo della persona e alla assistenza da fornirli. Oltre a tener conto di questi aspetti che sono molto importanti, bisognerebbe anche focalizzare l'attenzione sull'aspetto comunicativo, in quanto questo aspetto va a migliorare la qualità di vita della persona e, contestualmente, andrà anche a migliorare la qualità di vita del caregiver che si prende cura della persona malata. La comunicazione con il paziente affetto da Alzheimer è un argomento poco trattato all'interno dell'ambito ospedaliero, ed è sicuramente un aspetto che dovrà essere migliorato nel futuro.



## BIBLIOGRAFIA

1. Alsawy, Sarah; Mansell, Warren; McEvoy, Phil; Tai, Sara (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *International Psychogeriatrics*, (), 1–16.  
doi:10.1017/S1041610217001429
2. Ahmed, S., Haigh, A. M., de Jager, C. A., & Garrard, P. (2013). Connected speech as a marker of disease progression in autopsy-proven Alzheimer's disease. *Brain : a journal of neurology*, 136(Pt 12), 3727–3737.  
<https://doi.org/10.1093/brain/awt269>
3. Balzotti, A., Filograsso, M., Altamura, C., Fairfield, B., Bellomo, A., Daddato, F., Vacca, R. A., & Altamura, M. (2019). Comparison of the efficacy of gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(9), 1308–1315. <https://doi.org/10.1002/gps.4961>
4. Cai X, Zhou L, Han P, Deng X, Zhu H, Fang F, Zhang Z. Narrative review: recent advances in doll therapy for Alzheimer's disease. *Ann Palliat Med* 2021;10(4):4878-4881. doi: 10.21037/apm-21-853
5. Canorro, M. (2017, 21 settembre). Alois Alzheimer, il neurologo che scoprì la malattia. *Paginemediche*. <https://www.paginemediche.it/benessere/storia-della-medicina/alois-alzheimer-il-neurologo-che-scopri-la-malattia#:~:text=Risale%20al%201906%20il%20primo,una%20donna%20di%2051%20anni.&text=La%20malattia%20di%20Alzheimer%20è,Aloysius%20“Alois”%20Alzheimer>
6. Clough, S., & Duff, M. C. (2020). The Role of Gesture in Communication and Cognition: Implications for Understanding and Treating Neurogenic Communication Disorders. *Frontiers in human neuroscience*, 14, 323.  
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00323>
7. Come riconoscere i sintomi dell'Alzheimer? (s.d.-b). Per non sentirsi soli.  
<https://www.pernonsentirsoli.org/la-malattia-alzheimer/cause-e-sintomi-alzheimer/>
8. Comunicazione validante: il rispetto al centro del metodo Validation di Naomi Feil - Valore in RSA. (s.d.). Home - Valore in RSA.



<https://www.valoreinrsa.it/strumenti-di-lavoro/demenze-alzheimer-terapie-non-farmacologiche/terapie-non-farmacologiche-rsa/334-comunicazione-validante-rispetto-metodo-validation-naomi-feil.html>

9. Dooley, J., Bailey, C., & McCabe, R. (2015). Communication in healthcare interactions in dementia: A systematic review of observational studies. *International Psychogeriatrics*, 27(8), 1277-1300.  
doi:10.1017/S1041610214002890
10. Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C., & Rochon, E. (2010). Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review. *International journal of Alzheimer's disease*, 2010, 906818.  
<https://doi.org/10.4061/2010/906818>
11. Huang, LK., Chao, SP. & Hu, CJ. Sperimentazione clinica di nuovi farmaci per la malattia di Alzheimer. *J Biomed Sci* 27, 18 (2020).  
<https://doi.org/10.1186/s12929-019-0609-7>
12. Huang, J. (2021, 8 marzo). Malattia di Alzheimer - Disturbi di cervello, midollo spinale e nervi - Manuale MSD, versione per i pazienti. Manuale MSD, versione per i pazienti. <https://www.msdmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-cervello,-midollo-spinale-e-nervi/delirio-e-demenza/malattia-di-alzheimer>
13. Informazioni sull'Alzheimer | Italia | Alzheimer's Association. (s.d.). Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/it/cosa-e-il-morbo-di-alzheimer.asp>
14. La comunicazione con il malato di Alzheimer - Federazione Alzheimer Italia. (s.d.). Federazione Alzheimer Italia - Il sito italiano dell'Alzheimer.  
<http://www.alzheimer.it/infcom.htm>
15. Le demenze. Mente, persona, società. (s.d.). Google Books.  
[https://books.google.it/books?hl=en&lr=&id=ACkW520JuaEC&oi=fnd&pg=PA135&dq=terapia+non+farmacologica++alzheimer&ots=ALnM9QwIUz&sig=wjmHKhx4tynsTAx\\_IRoiZgLkb0#v=onepage&q=terapia%20non%20farmacologica%20%20alzheimer&f=false](https://books.google.it/books?hl=en&lr=&id=ACkW520JuaEC&oi=fnd&pg=PA135&dq=terapia+non+farmacologica++alzheimer&ots=ALnM9QwIUz&sig=wjmHKhx4tynsTAx_IRoiZgLkb0#v=onepage&q=terapia%20non%20farmacologica%20%20alzheimer&f=false)
16. Loris Tamara Schiaratura, Angela Di Pastena, Françoise Askevis-Leherpeux, Sylvain Clément. Expression verbale et gestualité dans la maladie d'Alzheimer : une étude en situation d'interaction sociale. *Gériatrie et Psychologie*

Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2015;13(1):97-105.

doi:10.1684/pnv.2014.0514

17. Marie Vachon, Marie-Christine Veilleux, Joël Macoir. Favoriser le maintien d'une communication satisfaisante : stratégies utilisées par les aidants naturels et le personnel soignant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2017;15(2):185-195. doi:10.1684/pnv.2017.0665
18. Morello, A., Lima, T. M., & Brandão, L. (2017). Language and communication non-pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review. *Communication intervention in Alzheimer. Dementia & neuropsychologia*, 11(3), 227–241. <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-030004>
19. Pan Yang, Fusheng Sun, Aducanumab: The first targeted Alzheimer's therapy, *Drug Discoveries & Therapeutics*, 2021, Volume 15, Issue 3, Pages 166-168, Released on J-STAGE July 06, 2021, Online ISSN 1881-784X, Print ISSN 1881-7831, <https://doi.org/10.5582/ddt.2021.01061>, [https://www.jstage.jst.go.jp/article/ddt/15/3/15\\_2021.01061/article/-char/en](https://www.jstage.jst.go.jp/article/ddt/15/3/15_2021.01061/article/-char/en)
20. Tappen, R. M., Williams-Burgess, C., Edelstein, J., Touhy, T., & Fishman, S. (1997). Communicating with individuals with Alzheimer's disease: examination of recommended strategies. *Archives of psychiatric nursing*, 11(5), 249–256. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(97\)80015-5](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(97)80015-5)
21. Una mappa per le demenze - Dati epidemiologici. (2017). una mappa per le demenze. <https://demenze.regione.veneto.it/PDTA/dati>
22. Villain, Nicolas; Dubois, Bruno (2019). Alzheimer's Disease Including Focal Presentations. *Seminars in Neurology*, 39(2), 213–226. doi:10.1055/s-0039-1681041
23. Warren A. (2021). Preserved Consciousness in Alzheimer's Disease and Other Dementias: Caregiver Awareness and Communication Strategies. *Frontiers in psychology*, 12, 790025. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.790025>
24. Wilson R., Rochon E., Mihailidis A., Leonard C. (2012). Esame del successo delle strategie di comunicazione utilizzate dai caregiver formali che assistono le

persone con malattia di Alzheimer durante un'attività della vita quotidiana. J. Discorso Lang.Ascolta. ris. 55 328–341. 10.1044/1092-4388(2011/10-0206)

25. Woodward, Michael (2013). *Aspects of communication in Alzheimer's disease: clinical features and treatment options. International Psychogeriatrics, 25(6), 877–885. doi:10.1017/S1041610213000318*

## RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare la Professoressa Giacomelli, per avermi guidato e supportato nella fase più importante del mio percorso accademico.

Ringrazio di cuore i miei genitori, Mario e Tiziana, per avermi dato il loro costante sostegno e i loro insegnamenti, senza i quali oggi non sarei ciò che sono. Senza di voi tutto questo non sarebbe stato possibile.

Ringrazio infinitamente la mia ragazza Romina, che mi è stata sempre accanto in questi ultimi anni. Grazie per avermi trasmesso la tua immensa forza e il tuo coraggio, grazie per avermi calmato tutte quelle volte in cui l'ansia prendeva il sopravvento, grazie per essermi stata vicina nei momenti di maggior difficoltà e soprattutto nei momenti belli. Grazie per tutto.

Ringrazio tutti i miei amici che in questi anni sono stati sempre al mio fianco, ringrazio il gruppo dei marinai, papa pizzaiuolo e i the frogioes vs.

