

INDICE

INTRODUZIONE	1
1-LE DEMENZE	2
2-LA MALATTIA DI ALZHEIMER: STORIA, EZIOLOGIA E DIAGNOSI	5
2.1 Manifestazioni cliniche	7
2.2 Terapie farmacologiche	8
2.3 Strategie non farmacologiche	8
2.3.1 Stimolazione cognitiva	9
2.3.2 Terapia della reminiscenza	9
2.3.3 Reality orientation therapy (ROT)	10
2.3.4 Musicoterapia	10
2.3.5 Pet therapy	11
2.3.6 Art Therapy	11
3- MODELLO GENTLE CARE	12
3.1 Metodo PDCA	12
3.2-Assistenza infermieristica alla persona affetta da Alzheimer	13
OBIETTIVO	15
MATERIALI E METODI	16
RISULTATI	19
DISCUSSIONE	31
CONCLUSIONI	32
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	35
ALLEGATI	39

ABSTRACT

Introduzione: La malattia di Alzheimer rappresenta una delle sfide sanitarie più complesse a livello globale, con circa 50 milioni di persone affette da questa malattia. Attualmente non esiste una cura definitiva, pertanto l'attenzione si concentra su interventi che possano rallentare la progressione della malattia al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti. Questo studio si propone di analizzare le strategie assistenziali non farmacologiche, come la stimolazione cognitiva, la musicoterapia e il modello Gentlecare, per preservare la dignità e l'autonomia dei pazienti.

Materiali e metodi: È stata condotta una revisione della letteratura su database scientifici quali PubMed e Google Scholar, utilizzando termini MeSH e stringhe di ricerca per selezionare studi pertinenti pubblicati negli ultimi cinque anni. Sono stati presi in considerazione 17 articoli che soddisfano i criteri di inclusione relativi a interventi assistenziali per la malattia di Alzheimer.

Risultati: Le strategie non farmacologiche esaminate hanno mostrato un impatto positivo. Inoltre, il modello gentlecare ha contribuito a ridurre l'uso di contenzioni fisiche e farmacologiche, creando un ambiente di supporto che valorizza le capacità residue dei pazienti. Questi interventi hanno evidenziato una diminuzione dello stress nei caregiver, suggerendo che tali strategie possono migliorare non solo la vita dei pazienti, ma anche quella di chi si prende cura di loro.

Analisi: I dati indicano che gli interventi non farmacologici possono rallentare il declino funzionale e promuovere un ambiente più umano e dignitoso. Le prove raccolte suggeriscono che l'efficacia di queste strategie dipendono dall'intensità e dalla personalizzazione degli interventi.

Discussione e conclusione: Le strategie non farmacologiche si sono dimostrate essenziali per migliorare la qualità della vita dei pazienti con Alzheimer e ridurre il carico sui caregiver. Il modello Gentlecare risulta essere una strategia innovativa e olistica che valorizza le capacità residue dei pazienti, proponendo un approccio personalizzato. Ulteriori studi sono necessari per integrare pienamente queste terapie nella pratica clinica quotidiana e per valutare il loro impatto a lungo termine sulla progressione della malattia.

Parole chiave: Alzheimer's disease, non-pharmacological therapies, music therapy, reality orientation therapy, reminiscence therapy, pet therapy, modello gentlecare.

INTRODUZIONE

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che attualmente ci sono circa 50 milioni di persone affette da demenza a livello globale e si prevede che nei prossimi 30 anni il numero di individui colpiti aumenterà significativamente, con la maggioranza dei casi riconducibili alla malattia di Alzheimer (Alzheimer's Disease, AD), una patologia neurodegenerativa progressiva che rappresenta la causa più comune di demenza tra la popolazione anziana (ISS, n.d.). In Italia, secondo i dati stimati dall'Istituto Superiore di Sanità, vi sono circa 1 milione di persone affette dalla demenza e il suo impatto sociale, economico e sanitario è in costante crescita, soprattutto a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita e del progressivo invecchiamento della popolazione. Di fatti, diagnosi accurate e strategie di prevenzione sono di fondamentale importanza per rallentare l'avanzamento della patologia, preservando l'indipendenza e migliorando la qualità della vita dei pazienti (Jessen et al., 2019). In questo contesto il concetto di qualità della vita assume un'importanza centrale che include il benessere psicologico, l'autonomia e il senso di dignità del paziente. È importante adottare un approccio assistenziale personalizzato capace di rispondere in modo flessibile ai bisogni specifici di ogni individuo. Ad oggi non esiste una cura definitiva per l'Alzheimer, la gestione della malattia si concentra principalmente sul rallentamento della progressione dei sintomi e sul miglioramento della qualità della vita delle persone colpite (Bleibel, El Cheikh, et al., 2023). Per tale motivo, l'attenzione della comunità scientifica si è sempre più focalizzata su interventi e strategie assistenziali in grado di migliorare la qualità della vita che di fatti non dipende solo dalle condizioni fisiche del paziente ma anche del benessere psicologico, dall'interazione sociale, dell'autonomia e dal supporto che riceve nell'ambiente quotidiano. In questa tesi verranno analizzate le principali strategie assistenziali per la gestione della malattia dell'Alzheimer, con un focus particolare sugli interventi non farmacologici come la stimolazione cognitiva, le attività occupazionali e l'importanza di un ambiente sicuro. Si evidenzierà la necessità di supportare anche i caregiver offrendo loro una formazione e risorse adeguate ad affrontare il carico assistenziale in quanto la durata prolungata della malattia insieme alla necessità di cure e assistenza costante richiedono un notevole dispendio di energie di tipo sanitario, socioassistenziale ed economico (Toller m., 2019).

1-LE DEMENZE

La demenza è un termine che descrive una condizione patologica caratterizzata da una progressiva compromissione delle funzioni cognitive riducendo la capacità di svolgere le attività quotidiane e sociali. Essa non rappresenta una malattia specifica, bensì per descriverla viene utilizzato un termine “ombrello” sotto il quale vengono raggruppati un insieme di sintomi e disturbi causati da varie alterazioni e condizioni patologiche cerebrali. La demenza si caratterizza principalmente per lo sviluppo di diverse sintomatologie che vanno a colpire la sfera della persona in tre aree: cognitivo, comportamentale e stato funzionale, comportando la perdita della memoria, la compromissione del pensiero e della comprensione, cambiamenti del comportamento e della personalità, problemi di comunicazione e alterazioni della capacità motoria (ISS, n.d.). È una delle malattie più diffuse che può avere cause e andamento differenti per ciascun soggetto, poiché queste dipendono dalla condizione generale di salute, dalle caratteristiche personali, dal contesto sociale e da fattori ambientali della persona, non è una naturale conseguenza dell'invecchiamento in quanto solo una piccola parte delle persone anziane si ammalano di questa patologia anche se l'età è uno dei principali fattori di rischio (Paci C., 2018). Le demenze possono essere classificate in reversibili o irreversibili. Le forme reversibili sono rare e i deficit, in questo caso, sono secondari a malattie o disturbi a carico di altri organi o apparati che, con un trattamento adeguato, i sintomi cognitivi possono migliorare o scomparire. Le demenze di tipo irreversibile sono molteplici e si distinguono in forme primarie, quando sono causate da malattie come Alzheimer, Parkinson ecc., e secondarie, quando la malattia è la conseguenza di condizioni che causano il deterioramento cognitivo come effetto secondario, ad esempio l'ictus. Le forme più frequenti di demenza sono:

- La malattia di Alzheimer: è una patologia neurodegenerativa progressiva che colpisce il cervello causando un declino delle funzioni cognitive, della memoria e delle capacità comportamentali. È causata da un accumulo anomalo di proteine nel cervello che danneggia e distrugge le cellule nervose. È la forma primaria più comune di demenza tra gli anziani ([2-Storia, eziologia e diagnosi della malattia di Alzheimer](#))
- La demenza a corpi di Lewy: è una forma primaria di demenza che porta alla perdita progressiva della funzione mentale, caratterizzata dalla presenza di

accumuli anomali della proteina alfa-sinucleina all'interno dei neuroni, noti come corpi di Lewy. La sintomatologia che si manifesta è l'alterazione della lucidità, disturbi del sistema nervoso vegetativo, allucinazioni visive, fluttuazioni dell'attenzione e disturbi del movimento. Ha un'incidenza del 10-20%.

- Il Declino Cognitivo Lieve (MCI), è considerato un periodo di transizione tra il normale invecchiamento e una forma di demenza più grave come l'Alzheimer. È caratterizzato da disturbo della memoria o da deficit cognitivi evidenti che non vanno ad interferire significativamente con le attività quotidiane; il declino cognitivo lieve può essere causato da una combinazione di diversi fattori quali l'invecchiamento, lesione cerebrale, fattori genetici, malattie vascolari e diversi stili di vita. Le persone con MCI, tra il 10%-15%, ogni anno hanno un rischio leggermente aumentato di sviluppare una forma più grave di demenza (Chun et al., 2021).
- La demenza vascolare è una forma di demenza secondaria causata da un ridotto flusso di sangue al cervello, spesso seguito da ictus ischemico o emorragico e da una piccola serie di infarti cerebrali. Può causare difficoltà nel movimento, problemi di linguaggio e cambiamenti del comportamento. È spesso associata a condizioni di diabete, ictus, ipertensione o aterosclerosi (Chang Wong & Chang Chui, 2022).
- La demenza frontotemporale è un tipo di demenza primaria che coinvolge principalmente i lobi frontali e temporali del cervello. Questa condizione causa progressivamente problemi del linguaggio, oltre a cambiamenti della personalità e abilità cognitive. Le cause esatte non sono totalmente comprese ma possono includere fattori genetici ereditari (Rubino Roberta, 2020).
- Parkinson plus, è una demenza primaria neurodegenerativa che si verifica in persone affette dalla malattia di Parkinson in uno stato avanzato sviluppando problemi di memoria, difficoltà di pensiero e cambiamenti comportamentali. Questi sintomi si sviluppano a causa della degenerazione delle cellule nervose che influenzano le funzioni cognitive. La demenza di Parkinson può coesistere con i sintomi motori tipici come tremore, rigidità e difficoltà nel movimento. Attualmente non vi è modo di fermare questo deterioramento o di curarlo ma si possono tuttavia alleviare i disagi del malato e fornire ai familiari la possibilità di

tenere la situazione sotto controllo. Il 10% circa dei casi di demenza è data da alterazioni della circolazione cerebrale data da lesioni cerebrali multiple provocate dall'interruzione del flusso di sangue. Questa forma di demenza può essere prevenuta attraverso un adeguato controllo dei fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza come il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, ridotta attività fisica, dislipidemie e fumo, nonché costituiscono un fattore di rischio per l'insorgenza dell'Alzheimer (Costa et al., 2023).

Esistono diversi fattori di rischio associati allo sviluppo delle demenze, alcuni dei quali sono modificabili. La comprensione degli elementi predisponenti associati alle demenze è essenziale per sviluppare strategie preventive e interventi mirati.

I fattori di rischio si distinguono in due tipologie principali: fattori immodificabili e fattori su cui è possibile intervenire.

- I fattori di rischio non modificabili sono legati a caratteristiche intrinseche del soggetto su cui non è possibile intervenire, come ad esempio l'età avanzata e familiarità genetica.
- I fattori di rischio modificabili sono quelle condizioni in cui è possibile intervenire sia attraverso interventi medici che tramite cambiamenti nello stile di vita, come ad esempio il fumo, il consumo eccessivo di alcol, la sedentarietà, la depressione, i disturbi del sonno e le malattie cardiovascolari.

Adottare uno stile di vita sano e gestire le condizioni mediche preesistenti sono passi fondamentali per ridurre il rischio di demenza. La ricerca continua a esplorare ulteriori modalità per comprendere e affrontare questa malattia, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone e delle famiglie colpite (Livingston g. et al., 2023).

2-LA MALATTIA DI ALZHEIMER: STORIA, EZIOLOGIA E DIAGNOSI

La malattia di Alzheimer (Alzheimer's Disease, AD), prende il nome dal neurologo tedesco, Alois Alzheimer, che ne fece la scoperta nel 1901 quando visitando una sua paziente, Auguste Deter, mostrò segni di difficoltà linguistiche, di perdita di memoria e di comportamenti imprevedibili. Dopo la sua morte, avvenuta nel 1906, il dottore Alois Alzheimer, a seguito dell'autopsia effettuata che permise di evidenziare una marcata atrofia della corteccia cerebrale, presentò alla comunità scientifica il primo caso documentato dell'insorgenza di questa malattia che segnò l'inizio della ricerca sulla malattia che in seguito prese il suo nome (Trevisan et al., 2019). La comunicazione di Alois Alzheimer sulle caratteristiche della demenza presenile fu inizialmente accolta con freddezza e scetticismo, ritenuta priva di rilevanza clinica e scientifica. Nonostante ciò, Alzheimer rimase convinto di aver identificato una rara patologia cerebrale e decise di far riesaminare il caso di Auguste D. da Gaetano Perusini. Quest'ultimo ampliò lo studio includendo altri casi di demenza grave e, grazie alla correlazione tra reperti clinici e neuropatologici, contribuì alla scoperta delle placche senili. Durante l'Assemblea dell'Associazione Tedesca di Psichiatria, Alzheimer presentò le sue scoperte, segnando una svolta nell'identificazione della malattia. Nel Trattato di Psichiatria di Kräpelin, la condizione venne poi denominata Demenza di Alzheimer, nonostante il desiderio di Alzheimer di chiamarla "demenza di Alzheimer e Perusini" (Colangelo M., 2020). Verso la fine degli anni '70 le ricerche dimostrarono che nelle persone colpite da questa forma di demenza sono stati riscontrati deficit biochimici associati alla morte delle cellule nervose responsabili della produzione e dell'utilizzo di queste sostanze che di conseguenza non erano più in grado di svolgere il loro compito. Attualmente la malattia di Alzheimer rappresenta la forma più comune di demenza ed è caratterizzata da una progressiva neurodegenerazione che compromette le funzioni cognitive, in particolar modo la memoria, il linguaggio e la capacità della risoluzione dei problemi. (Tiwari et al., 2019). Diversi sono i modelli patogenici proposti per spiegare i processi alla base della neurodegenerazione associata all'Alzheimer, le principali comprendono l'accumulo delle placche di amiloide beta (A β), la formazione di grovigli neurofibrillari (NFTs) e la neuroinfiammazione.

La Placca di Amiloide beta ($A\beta$) è una delle teorie più accreditate sull'eziologia dell'AD nel cervello. Le placche $A\beta$ si formano in seguito alla scissione anomala della proteina precursore dell'amiloide (APP) tramite la secretasi β e γ . Questo processo genera peptidi $A\beta$, tra cui $A\beta_{1-42}$, che è particolarmente incline ad aggregarsi e a formare queste placche che andranno poi a depositarsi in varie regioni cerebrali. Il sistema immunitario le riconosce come materiale estraneo andando ad attivare una risposta infiammatoria attraverso le microgliali; quest'ultime rilasciano citochine pro-infiammatorie che portano alla morte cellulare contribuendo direttamente alla neurodegenerazione compromettendo la plasticità sinaptica innescando una disfunzione e perdita dei neuroni (Khan et al., 2020).

Oltre alle placche di amiloide beta un'altra caratteristica patologica centrale dell'AD è la presenza di grovigli neurofibrillari, formati da proteine tau iperfosforilate (NFTs). In condizioni normali, la proteina tau contribuisce alla stabilizzazione dei microtubuli all'interno dei neuroni, mantenendo l'integrità strutturale e funzionale delle cellule nervose. Tuttavia, nell'AD, la tau subisce una fosforilazione anomala che riduce la sua capacità di legarsi ai microtubuli provocando la formazione di grovigli intracellulari interrompendo il trasporto assonale causando la disgregazione della rete sinaptica e alla morte neuronale (Lamontagne-Kam et al., 2023).

La neuroinfiammazione è considerata uno dei principali motori della neurodegenerazione nell'Alzheimer. Le microglia, attivate dalla presenza delle placche $A\beta$, iniziano a rilasciare citochine pro-infiammatorie tentando di fagocitare e rimuovere le placche innescando una cascata di eventi infiammatori. La risposta infiammatoria cronica porta ad un'alterazione dell'equilibrio tra citochine pro-infiammatorie e antinfiammatorie contribuendo alla disfunzione sinaptica e alla progressiva morte neuronale (Khan et al., 2020).

Attualmente, l'unico metodo per ottenere una diagnosi definitiva di Alzheimer è identificare la presenza di placche beta-amiloidi, ciò può essere fatto solo attraverso un'autopsia, sia in vivo che post-mortem. Tuttavia, la diagnosi di Alzheimer può essere considerata possibile o probabile attraverso un processo di "esclusione" di altre patologie mediante analisi di laboratorio e indagini radiologiche che potrebbero giustificare i sintomi. Un recente studio clinico ha evidenziato il successo del trattamento dell'Alzheimer attraverso l'utilizzo di agenti anti-amiloidi nelle fasi iniziali della malattia,

come il deterioramento cognitivo lieve e la demenza lieve, tuttavia, i dati disponibili sono discordanti, come dimostra il fatto che L'Agencia Europea per i Medicinali (EMA) non ha approvato l'utilizzo di questa molecola (Lucia Gozzo, 2024). Questo studio sottolinea l'importanza di un rilevamento precoce, poiché i benefici sono maggiori nel rallentare il declino cognitivo nei pazienti, nel prevenire la perdita di indipendenza funzionale e nel minimizzare il deterioramento nelle attività di vita quotidiana (ADL) (Sims et al., 2023). La diagnosi precoce della malattia è molto importante non solo per il trattamento della sintomatologia ma anche per permettere al paziente di acquisire la consapevolezza di sé e di pianificare le sue decisioni future quando ancora è in grado di farlo autonomamente (ISS, n.d.-b). I test tradizionali cartacei come il Mini-Mental State Examination (MMSE) e il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) sono strumenti diagnostici utilizzati per valutare la funzione cognitiva; sono composti entrambi da 30 domande, la prima fornisce una panoramica generale delle funzioni cognitive, valutazione dell'orientamento, memoria, attenzione e calcolo, mentre la MoCA si concentra maggiormente nelle funzioni esecutive e visuospatiali. Questi test, adatti per monitorare l'avanzamento del declino cognitivo, potrebbero non essere adatti per lo screening cognitivo di routine nelle cure primarie a causa della minore sensibilità alle fasi iniziali della malattia. Il Digital Clock Drawing Test con richiamo (dCDT) rappresenta un avanzato strumento diagnostico per la valutazione delle funzioni cognitive. Viene richiesta al paziente di disegnare digitalmente un orologio indicando un orario specifico, a distanza di un intervallo di tempo viene chiesto nuovamente al paziente un richiamo alla memoria e quindi di ripetere lo stesso disegno senza vedere l'originale. Ciò fornisce una valutazione approfondita delle funzioni esecutive, grafo-motorie, di memoria, di pianificazione e delle abilità visuospatiali (Jannati et al., 2024).

2.1 Manifestazioni cliniche

Nelle prime fasi della malattia di Alzheimer, i sintomi più comuni riguardano la perdita di memoria a breve termine, con difficoltà nel ricordare eventi recenti. Man mano che la malattia avanza, i pazienti iniziano a manifestare confusione, disorientamento temporale e spaziale e difficoltà a compiere attività quotidiane come vestirsi o preparare un pasto; possono inoltre emergere cambiamenti della personalità e nel comportamento manifestando apatia, irritabilità o depressione. Nelle fasi avanzate i pazienti perdono

gradualmente la capacità di comunicare, di riconoscere i propri cari e svolgere funzioni corporee di base richiedendo assistenza continua (Alzheimer's Association, 2024).

2.2 Terapie farmacologiche

La malattia di Alzheimer non ha ancora una cura definitiva ma esistono terapie farmacologiche e non farmacologiche ([2.3 Strategie non farmacologiche](#)) volte a rallentare la progressione e a gestire i sintomi cognitivi e comportamentali. I farmaci attualmente approvati possono essere suddivisi in due categorie principali:

1. Gli inibitori delle colinesterasi sono una classe di farmaci utilizzati nel trattamento della malattia di Alzheimer nelle fasi iniziali e moderate. Questi farmaci, come ad esempio il donepezil, la rivastigmina e la galatamina, agiscono inibendo l'enzima della colinesterasi, che degrada l'acetilcolina, un neurotrasmettitore coinvolto nella memoria e nell'apprendimento. Aumentando i livelli di acetilcolina nel cervello si cerca di migliorare temporaneamente le funzioni cognitive e di rallentare il declino.
2. I modulatori del glutammato, come la memantina sono utilizzati nelle fasi moderate e avanzate dell'AD. La memantina agisce bloccando i recettori NMDA, riducendo l'eccessiva stimolazione da parte del glutammato, che può causare danni neuronali. Questo approccio aiuta a proteggere i neuroni e a migliorare le funzioni cognitive residue.

Oltre ai trattamenti sintomatici, la ricerca continua a esplorare nuovi approcci terapeutici, come l'immunoterapia, che viene utilizzata per lo sviluppo di agenti anti-amiloide e anti-tau, e che mirano a contrastare direttamente i processi patologici alla base della malattia di Alzheimer (Khan et al., 2020).

2.3 Strategie non farmacologiche

Come supporto alle cure mediche tradizionali, stanno avanzando sempre di più le ricerche su nuove strategie non farmacologiche (NPT), che rappresentano un approccio integrato al trattamento della malattia, mirato a migliorare la qualità della vita dei pazienti e a rallentare il declino cognitivo (Bleibel, Abou-Abbas, et al., 2023). Gli NPT includono una vasta gamma di interventi, tra cui training cognitivo, l'attività fisica, trattamenti nutrizionali, terapia artistica e terapia della reminiscenza progettati per stimolare le

capacità residue riducendo i sintomi associati alla malattia. Lo scopo infatti è quello di migliorare la qualità di vita non solo del malato ma anche dei caregivers. Uno dei vantaggi delle strategie non farmacologiche è che sono ben accettate in quanto presentano effetti collaterali avversi minimi e possono essere combinati con altri NPT sia in serie che simultaneamente e con trattamenti farmacologici senza grandi preoccupazioni circa l'interferenza; hanno un impatto significativo sulla cognizione, sul benessere e sulla qualità della vita (Sikkes et al., 2021).

2.3.1 Stimolazione cognitiva

La stimolazione cognitiva (CS) è uno strumento non farmacologico prezioso per la gestione dei sintomi dell'Alzheimer, soprattutto nelle fasi iniziali e moderate della malattia. È utilizzata per migliorare o per mantenere le abilità cognitive, basandosi sulla stimolazione cerebrale attraverso attività strutturate che mirano al potenziamento delle funzioni cognitive come la memoria, l'attenzione, il linguaggio e le attività di problem solving. Includono giochi di parole, esercizi di memoria, discussioni su eventi passati, esercizi di associazione o persino compiti manuali come puzzle o lavori artistici. Si tratta di un'attività condotta da operatori qualificati e appositamente formati. Può essere somministrato sia individualmente che in piccoli gruppi, composti generalmente da persone con capacità cognitive simili, in modo da favorire un approccio omogeneo e mirato. La CS può migliorare la comunicazione, l'interazione sociale e la qualità della vita, promuovendo il benessere dei pazienti (Woods et al., 2023).

2.3.2 Terapia della reminiscenza

La terapia della reminiscenza è un intervento che si basa sull'evocazione di ricordi personali utilizzati come strumento di stimolo per le capacità mnemoniche residue. Questo approccio mira a recuperare esperienze emotivamente significative e piacevoli, rievocando il passato attraverso fotografie, oggetti significativi o racconti per costruire un collegamento con il presente che può rafforzare l'identità personale, può migliorare la qualità della vita quotidiana, la comunicazione, la cognizione e l'umore. Questa terapia si dimostra particolarmente efficace nelle fasi iniziali e moderate della malattia fornendo loro uno strumento per prevenire la disintegrazione della personalità e facilita anche le

interazioni sociali, offrendo agli anziani un modo per connettersi con sé stessi e con gli altri in modo significativo (Macleod et al., 2021).

2.3.3 Reality orientation therapy (ROT)

Questa terapia non farmacologica è uno degli approcci più comuni utilizzati per supportare pazienti con patologie neurodegenerative che manifestano problemi di memoria, confusione e disorientamento spazio-temporale. L'obiettivo principale della ROT è di migliorare la funzione cognitiva attraverso la ripetizione di informazioni di base. Questo scopo può essere raggiunto tramite due strategie complementari: la Riabilitazione Cognitiva informale, che prevede l'uso di ausili ambientali per supportare il paziente nella vita quotidiana utilizzando spesso strumenti visivi come calendari e orologi per rafforzare l'orientamento, e la Riabilitazione Cognitiva formale, che consiste in sessioni strutturate condotte da professionisti esperti all'interno di gruppi omogenei, in un contesto domestico e accogliente, per stimolare le capacità cognitive in maniera più intensiva (GOCCE DI MEMORIA, n.d.). Nonostante i benefici, la ROT deve essere applicata con cautela poiché in alcuni casi può generare frustrazione nei pazienti con deficit cognitivi gravi; tuttavia, se utilizzata correttamente può contribuire a mantenere un livello cognitivo più stabile, supportando il paziente a conservare una certa autonomia riducendo il senso di disorientamento (Terzaeta, 2022).

2.3.4 Musicoterapia

La musicoterapia sfrutta il potere della musica per supportare il benessere emotivo, cognitivo e sociale delle persone affette dalla malattia di Alzheimer. La musica oltre ad avere un effetto rilassante, ha un notevole potere mnemonico, in quanto l'ascolto di un determinato brano può rievocare momenti significativi della propria vita. Non si tratta solo di ricordare un episodio specifico, ma anche di rivivere le emozioni e gli stati d'animo che accompagnavano quella particolare esperienza. La connessione tra suoni e ricordi è profonda e spesso inaspettata, rendendo la musica un potente strumento di reminiscenza. I benefici della musicoterapia per i pazienti affetti da Alzheimer comprendono la sua natura non invasiva e l'assenza di effetti collaterali, la capacità di affrontare diverse problematiche simultaneamente, nonché il suo rapporto costi-efficacia e la facilità di attuazione (Bleibel, Abou-Abbas, et al., 2023).

2.3.5 Pet therapy

La pet therapy, o terapia assistita con animali, si è rivelata un intervento utile per migliorare la qualità della vita dei pazienti anziani affetti da Alzheimer. Gli studi hanno evidenziato che l'interazione con gli animali, specialmente con i cani, può ridurre l'ansia, l'agitazione e la solitudine, sintomi comuni tra pazienti con demenza. La presenza degli animali stimola connessioni emotive capaci di provocare ricordi positivi, migliorando la comunicazione, anche nelle fasi avanzate della malattia, dove la capacità verbale è ridotta. Inoltre, la pet therapy, promuove l'attività fisica come passeggiare o giocare con l'animale, contribuendo al mantenimento delle funzioni motorie e offrendo una stimolazione sensoriale importante. Questa terapia ha mostrato effetti positivi anche sulla riduzione dei sintomi depressivi e sul miglioramento dell'umore in generale. Sebbene non sia una cura, questa terapia, risulta essere un complemento efficace nelle strategie terapeutiche tradizionali migliorando nei sintomi comportamentali che il benessere emozionale dei pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer (Sbrizzi & Sapuppo, 2021).

2.3.6 Art Therapy

L'arteterapia si focalizza sull'uso di attività artistiche per migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da Alzheimer. Questa terapia non solo promuove l'espressione creativa, ma aiuta anche a stimolare la memoria, ridurre l'ansia e migliorare l'interazione sociale; gli approcci includono pittura, disegno e altre forme di espressione artistica che possono rafforzare il benessere emotivo dei pazienti contribuendo alla loro salute mentale complessiva (Inglés M. & Gambini J., 2020).

3- MODELLO GENTLE CARE

Il modello gentle care è un approccio innovativo alla cura degli anziani in particolare quelli affetti da demenza, è stato ideato da Moyra Jones, si basa sul miglioramento della qualità di vita attraverso la modifica dell'ambiente e delle interazioni piuttosto che tentare di modificare il comportamento delle persone affette da demenza. Questo modello adotta un approccio protesico, personalizzando per ogni individuo una "protesi di cura" al fine di compensare la perdita delle funzioni. È un programma completo progettato per formare le famiglie e gli assistenti professionisti nell'assistenza che è finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero e/o mantenimento funzionale e sociale. Viene loro insegnato ad integrare le attività quotidiane con programmi utili, i quali utilizzano le capacità prestazionali esistenti dell'assistito, per sviluppare un supporto efficace di cura. Questo modello è un sistema che ha come obiettivo principale, non la guarigione ma la promozione del benessere della persona e la gestione dello stress di chi se ne occupa. Un sistema di cura diventato elemento fondamentale al raggiungimento dell'obiettivo, perché è pensato e finalizzato a cogliere e a valorizzare le capacità residue, le preferenze e desideri dell'assistito. La centralità del malato, la ricerca e la sua salvaguardia costituiscono gli elementi fondamentali. L'incapacità di approcciarsi alla persona con demenza induce ad utilizzare mezzi aggressivi: contenzione fisica, ambientale, farmacologia e psicologia. Queste pratiche dovrebbero essere evitate in quanto non procurano sicurezza ma disabilità, rendendo aggressivo sia il paziente che chi lo assiste. Questi modelli di assistenza possono causare una perdita accelerata delle capacità dell'individuo e di conseguenza dell'autonomia, portandolo ad essere dipendente dagli altri. Basare l'assistenza con il modello gentle care, le capacità e risorse residue vengono mantenute mediante la pianificazione e l'attuazione di programmi e attività che rispecchino e sostengano la quotidianità, i ritmi e i modi attuati negli anni precedenti dalla persona, vengono supportate le abilità fisiche e psichiche attuali, cercando di mantenerle attive con la creazione di percorsi su misura (Baldacci C. et al., 2020).

3.1 Metodo PDCA

La metodologia di verifica del Modello Gentle care dal punto di vista organizzativo si basa sul metodo PDCA (Plan-Do-Check-Act):

- Plan: pianificare, identificare le necessità specifiche dei pazienti affetti da Alzheimer e stabilire obiettivi chiari per risolvere un problema o per migliorare un processo e pianificare successivamente le azioni da svolgere volti ad ottenere i risultati.
- Do: esecuzione, mettere in pratica le azioni pianificate, documentare le attività svolte includendo anche la formazione del personale e l'adattamento degli ambienti.
- Check: controllo, si verificano i risultati ottenuti per determinare il raggiungimento dell'obiettivo. Durante questa fase si raccolgono dati, si confrontano i risultati effettivi con quelli attesi e si identificano i problemi di eventuali discrepanze.
- Act: agire, vengono apportate modifiche necessarie basate sui risultati della verifica, le pratiche mostratesi efficaci vengono standardizzate e integrate nel sistema di cura per il miglioramento continuo (Bureau Veritas, 2024).

3.2-Assistenza infermieristica alla persona affetta da Alzheimer

L'infermiere ha un ruolo fondamentale nel trattamento dei pazienti affetti da Alzheimer e si articola in diverse aree di intervento che includono:

- La gestione clinica: l'infermiere è responsabile della valutazione continua delle condizioni del paziente, monitorando segni e sintomi cognitivi, comportamentali e fisici; attua piani di cura personalizzati tenendo conto delle esigenze individuali del paziente; si occupa della somministrazione dei farmaci, della supervisione dell'igiene personale, dell'alimentazione e della prevenzione.
- L'educazione: è un aspetto chiave del ruolo infermieristico garantendo educazione al paziente, al caregiver e ai familiari fornendo informazioni sulla malattia e le modalità di gestione dei sintomi.
- La coordinazione delle cure: l'infermiere lavora in stretta collaborazione con gli altri professionisti sanitari come medico, fisioterapista e assistenti sociali garantendo un piano di cura che soddisfi le esigenze del paziente; la coordinazione delle cure include anche la gestione delle transizioni tra i diversi livelli di assistenza.

- Il supporto psicologico: è essenziale per affrontare i sintomi emotivi e comportamentali che la malattia fa insorgere. l'infermiere utilizza tecniche di comunicazione empatica e strategie di intervento non farmacologiche per la gestione dell'ansia, agitazione e depressione (Huang et al., 2023).

OBIETTIVO

Lo studio condotto, ha come obiettivo principale l'analisi delle strategie assistenziali per migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer, con particolare attenzione sugli interventi non farmacologici.

L'obiettivo specifico di questa tesi è promuovere l'utilizzo del modello di cura Gentlecare, un approccio assistenziale personalizzato e centrato sulla persona che possa non solo rallentare il declino funzionale dei pazienti ma anche preservare il loro benessere e dignità migliorando la qualità della vita nelle diverse fasi della malattia. In tal modo sarà possibile offrire non solo un'assistenza più efficace ma anche umana e rispettosa delle esigenze e dei desideri dei pazienti e dei loro familiari.

MATERIALI E METODI

4. Quesito di ricerca

Il quesito di ricerca è stato formulato con il metodo PIO.

P (population)	Popolazione affetta da malattia di Alzheimer
I (intervention)	Strategie assistenziali
O (outcome)	<ul style="list-style-type: none">• Miglioramento della qualità di vita• Educazione e prevenzione

4.1 Motori di ricerca e parole chiave

Per la realizzazione dello studio, è stata condotta una revisione della letteratura consultando la banca dati Pubmed e Science Direct ed i motori di ricerca Google e Google Scholar. È stato consultato il sito del Ministero della Salute ed il sito dell'Istituto Superiore di Sanità (Epicentro) e libri di testo per acquisire ulteriori fonti bibliografiche. I termini MeSH sono stati combinati tra loro con l'operatore booleano AND per creare le stringhe di ricerca. Le parole chiave utilizzate sono:

- Alzheimer's disease AND non-pharmacological interventions
- Dementia
- Cognitive impairment
- Risk factor AND Alzheimer's disease
- Epidemiology dementia
- Pet therapy AND Alzheimer
- Music therapy Alzheimer
- Reminiscence therapy
- Reality orientation therapy

4.2 Criteri di inclusione/esclusione

I criteri di inclusione utilizzati nella ricerca sono: articoli non più vecchi di cinque anni, articoli di consultazione gratuita, articoli con testo completo e articoli in lingua inglese/italiana; come criteri di esclusione sono stati individuati: articoli a pagamento.

4.3 Strategie di ricerca e raccolta dati

La ricerca bibliografica ha individuato 78.650 articoli, solo 17 di essi sono stati selezionati sulla base del titolo e del contenuto dell'abstract. Dopo aver letto l'abstract, molti articoli sono stati esclusi, perché non trattavano in modo specifico l'argomento di interesse. Sono state integrate altre fonti pertinenti per la pratica infermieristica e medica, al fine di arricchire ulteriormente la revisione. Il metodo utilizzato per le citazioni è Apa Style.

4.4 Timing dello studio

La ricerca degli studi è stata avviata il 1° giugno 2024 ed ultimata il 30 settembre 2024.

4.5 Prisma flowchart

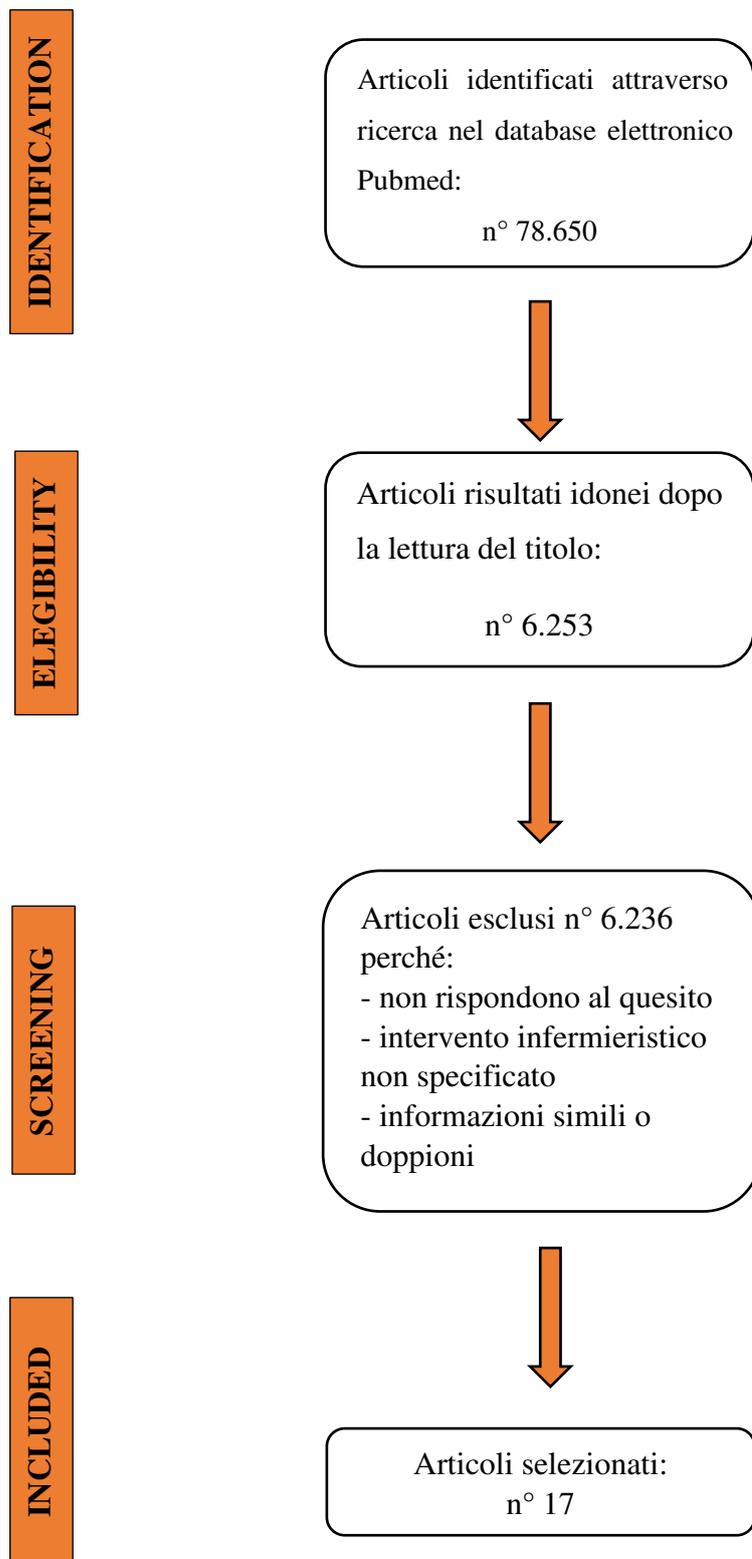


Fig. 1 Prisma Flowchart della sezione degli articoli.

RISULTATI

Di seguito sono elencati gli studi presi in considerazione riportando il titolo, l'autore, l'anno, l'obiettivo, i metodi utilizzati, i risultati e le conclusioni, seguendo l'ordine alfabetico degli autori.

5. Tavola di estrazione dati

Titolo, autore, anno e rivista	Obiettivo e disegno dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni
1- The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's disease. Bleibel, M., Abou-Abbas, L., Sadier, N. S., & El Cheikh, A 2023 <i>Alzheimer's Research & Therapy</i>	Riassume le evidenze sull'impatto della musicoterapia, singolarmente o in combinazione con altri interventi, sulle funzioni cognitive nei pazienti con Alzheimer rispetto a quelli senza trattamento.	La revisione ha incluso solo studi clinici randomizzati che confrontano la musicoterapia con trattamenti standard o interventi non musicali del periodo 1° gennaio 2012- 25 giugno 2022.	I risultati hanno evidenziato che, rispetto a vari gruppi di controllo, si osserva un incremento delle capacità cognitive a seguito dell'intervento di musicoterapia.	Questa revisione sottolinea i potenziali vantaggi della musicoterapia come trattamento complementare per le persone con Alzheimer, evidenziando la necessità di ricerche future per esplorare gli effetti, definire le migliori strategie di intervento e valutare i risultati a lungo termine sulle funzioni cognitive.
2- Vascular Cognitive Impairment and Dementia. Chang Wong, E., & Chang Chui, H. 2022 <i>CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology</i>	Offre una panoramica del deterioramento cognitivo vascolare e della demenza, esplorando epidemiologia, fisiopatologia, approccio clinico e gestione.	È stata effettuata una revisione sistematica della letteratura includendo pazienti con compromissione cognitiva vascolare.	La prevenzione si basa sul controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, come la gestione della pressione sanguigna, del colesterolo e degli zuccheri nel sangue. È importante considerare l'angiopatia amiloide cerebrale, poiché aumenta il	Controllare i fattori di rischio vascolari durante la mezza età è fondamentale per prevenire il deterioramento cognitivo e la demenza, mentre una gestione continua di tali fattori riduce il rischio di progressione della malattia.

			rischio di emorragie intracerebrali. Infine, alcuni studi indicano che la riabilitazione cognitiva mirata può portare a miglioramenti nella funzione cognitiva globale dei pazienti con deterioramento cognitivo vascolare e demenza.	
3- Evaluation of Available Cognitive Tools Used to Measure Mild Cognitive Decline: A Scoping Review Chun, C. T., Seward, K., Patterson, A., Melton, A., & MacDonald-Wicks, L. (2021). <i>Nutrients</i> ,	Catalogare e valutare gli strumenti utilizzati per valutare il declino cognitivo lieve tra le popolazioni anziane sane e identificare le lacune nella letteratura.	Il protocollo è stato attraverso le revisioni di scoping. Sono stati selezionati studi del periodo 2015-2020 che sono incentrati sulla valutazione dello screening e/o delle prestazioni diagnostiche degli strumenti cognitivi utilizzati per misurare il declino cognitivo lieve.	Per ottenere risultati di screening efficaci, gli strumenti cognitivi brevi devono avere proprietà psicometriche da buone a eccellenti, i tempi in cui vengono somministrati devono essere brevi e possono essere auto-somministrati o somministrati da professionisti non sanitari.	MoCA, MMSE e CDT sono efficaci nel discriminare i sottili cambiamenti cognitivi come risultato di MCI. Hanno prestazioni versatili in termini di proprietà psicometriche, tempo di somministrazione e metodi di somministrazione. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per raccomandare i migliori strumenti di screening cognitivo dell'MCI.
4- Parkinson's Disease: A Multisystem Disorder. Costa, H. N., Esteves, A. R., Empadinhas, N., & Cardoso, S. M. (2023). <i>Neuroscience Bulletin</i>	Esaminare il Parkinson Plus come disturbo multisistemico.	Revisione che prende in esame i pazienti affetti da Parkinson.	I fattori ambientali, genetici, genetici e legati allo stile di vita contribuiscono all'insorgenza e alla progressione del Parkinson.	Vi sono forti prove di coinvolgimento sistemico nel Parkinson e un ruolo predominante della rottura delle barriere meccaniche biologiche, come la barriera intestinale, nella progressione

				e nello sviluppo della patologia
5- Experiences of person-centered care for sundown syndrome among nurses and nurse aides in dementia special care units: a qualitative study. Huang, S.-F., Wang, B.-Y., & Liao, J.-Y. (2023). <i>BMC Nursing</i>	Esplorare le modalità di intervento e gestione adottate da infermieri nelle unità che gestiscono la demenza ai pazienti affetti da demenza.	È stato somministrato un questionario a 29 infermieri di quattro unità di cure specializzate per la demenza al fine di effettuare un'analisi dei contenuti.	A seguito dell'analisi del contenuto dell'intervista sono emerse sei tematiche. L'argomento centrale era l'impegno e a seguire i sei temi: auto-preparazione, non-soppressione, diversione, pacificazione, continuità degli incontri e collaborazione.	I risultati offrono pratiche di cura reattive incentrate sulla persona affetta da demenza, facendo luce sui metodi di gestione che possono essere adottati.
6- Digital Clock and Recall is superior to the Mini-Mental State Examination for the detection of mild cognitive impairment and mild dementia. Jannati, A., Toro-Serey, C., Gomes-Osman, J., Banks, R., Ciesla, M., Showalter, J., Bates, D., Tobbyne, S., & Pascual-Leone, A. (2024). <i>Alzheimer's Research & Therapy</i>	Valutare qual è il miglior test cognitivo per effettuare una diagnosi precoce di demenza lieve e deterioramento cognitivo lieve.	Sono stati esaminati 706 pazienti con delle caratteristiche più o meno simili fra loro e attraverso uno studio coorte hanno selezionato e somministrato test MMSE e DCR per valutarne l'efficacia.	Il (Digital Clock and Recall) DCR è risultato superiore in media al (Mini-Mental State Examination) MMSE nella classificazione del deterioramento cognitivo lieve e della demenza precoce, nel tempo di somministrazione e con risultati meno distorti riguardo l'etnia.	Il DCR supera il MMSE nel rilevare e classificare il deterioramento cognitivo, in una frazione del tempo minore e senza essere influenzato dall'etnia del paziente. I risultati supportano l'utilità del DCR come valutazione cognitiva sensibile ed efficiente in contesti di assistenza primaria.
7- Früherkennung der Alzheimer-Krankheit und Ansätze der Prävention. Jessen, F. (2019). <i>Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz</i>	Mettere in evidenza lo stato attuale della ricerca sulla diagnosi precoce di Alzheimer, sugli approcci di prevenzione e delle stili di vita delle persone che potrebbero essere affette da demenza.	È stata effettuata una revisione della letteratura.	Si stima che fino al 30% del rischio di demenza sia dovuto a fattori modificabili. Di conseguenza, gli interventi sullo stile di vita talvolta mostrano effetti positivi sulla cognizione nelle persone a rischio.	La diagnosi precoce, la previsione e la prevenzione dell'Alzheimer rappresentano le principali sfide per superare l'aumento potenzialmente drastico di individui affetti da demenza nei prossimi decenni.

<p>8- Recent Advancements in Pathogenesis, Diagnostics and Treatment of Alzheimer's Disease. Khan, S., Barve, K. H., & Kumar, M. S. (2020). <i>Current Neuropharmacology</i></p>	<p>Introdurre nella terapia dell'Alzheimer la diagnosi precoce, la terapia curativa, la somministrazione di farmaci in un sito specifico e l'applicazione di metodi combinati al fine di offrire una vita migliore ai pazienti attenuando i sintomi esistenti.</p>	<p>Sono state raccolte ipotesi esistenti per spiegare la causa della malattia evidenziando la terapia genica, l'immunoterapia, i peptidomimetici, i chelanti dei metalli e i probiotici come progressi nelle strategie esistenti per gestire l'Alzheimer.</p>	<p>Non è disponibile alcuna terapia che abbia un effetto curativo, ma ci sono dei trattamenti farmacologici che alleviano i sintomi. I farmaci attualmente approvati che influenzano la trasmissione colinergica sono tre inibitori dell'acetilcolinesterasi che migliorano la cognizione nel paziente.</p>	<p>La diagnosi precoce è di fondamentale importanza poiché avvantaggia il paziente fornendo un trattamento tempestivo. Sono in corso studi per verificare l'efficacia di alcuni trattamenti in quanto le varie ipotesi non sono ancora capaci di spiegarne il quadro completo.</p>
<p>9- Implication of tau propagation on neurodegeneration in Alzheimer's disease. Lamontagne-Kam, D., Ulfat, A. K., Hervé, V., Vu, T.-M., & Brouillette, J. (2023). <i>Frontiers in Neuroscience</i></p>	<p>Vengono esaminati gli ultimi studi PET eseguiti sull'intero continuum dell'Alzheimer, l'impatto del carico amiloide sulla patologia tau, gli effetti della connettività strutturale, funzionale e di prossimità sulla diffusione della tau in modo stereotipato nel cervello dei pazienti con AD.</p>	<p>Si analizzano gli studi PET recenti sull'Alzheimer, valutando l'influenza del carico amiloide sulla tau, l'effetto della connettività cerebrale sulla sua diffusione, come la velocità e il modello di propagazione dipendono dalla localizzazione iniziale dell'accumulo della tau, e le varianti genetiche che ne accelerano o rallentano la diffusione.</p>	<p>La tau subisce una fosforilazione anomala che riduce la sua capacità di legarsi ai microtubuli provocando la formazione di grovigli intracellulari interrompendo il trasporto assonale causando la disgregazione della rete sinaptica e alla morte neuronale.</p>	<p>Gli studi PET rivelano una correlazione significativa tra Aβ e tau, contribuendo ai fenomeni neuropatologici. È fondamentale condurre ulteriori ricerche per comprendere la variabilità della propagazione della tau tra diverse aree cerebrali e tra individui.</p>
<p>10- Prevenzione, intervento e cura della demenza: rapporto 2020 della Lancet Commission. Livingston G., Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad, David Ames,</p>	<p>L'ambizione è quella di fornire risorse in tutto il mondo per un adeguato livello di benessere alle persone affette da demenza e ai loro assistenti con una migliore</p>	<p>Il gruppo di esperti internazionali di Lancet ha presentato, discusso e concordato le migliori prove disponibili, riassumendo le migliori prove utilizzando,</p>	<p>Agire subito sulla prevenzione, l'intervento e la cura della demenza migliorerà notevolmente la vita e la morte delle persone affette da</p>	<p>La conoscenza dei fattori di rischio e delle possibili modalità di prevenzione, individuazione e diagnosi della demenza sta migliorando, sebbene</p>

Clive Ballard, & Sube Banerjee. (2020). <i>The Lancet</i>	base di evidenze per guidare l'assistenza individuale.	revisioni sistematiche di buona qualità, metanalisi o studi individuali.	demenza e delle loro famiglie, e quindi della società.	permangono lacune significative.
11- Towards an increased understanding of reminiscence therapy for people with dementia: A narrative analysis. Macleod, F., Storey, L., Rushe, T., & McLaughlin, K. (2021). <i>Dementia</i>	Fornisce una migliore comprensione della terapia della reminiscenza attraverso un'analisi più approfondita dei suoi contenuti e della sua erogazione.	Questa revisione ha esaminato 22 studi rispondendo a quesiti specifici: come e chi eroga la terapia, se è supportata da un quadro teorico, quali sono le componenti di questo intervento, se viene erogata secondo un programma e se sono presenti elementi comuni nei componenti.	Sono stati identificati tredici componenti della terapia della reminiscenza. In genere veniva erogata in un contesto di cura utilizzando un approccio di gruppo.	I componenti della terapia della reminiscenza quali le fasi della vita, le attività e le sessioni solo per la famiglia hanno mostrato promesse benefiche per il miglioramento della qualità della vita.
12- Effects of Pet Therapy in Elderly Patients with Neurocognitive Disorders: A Brief Review. Sbrizzi, C., & Sapuppo, W. (2021). <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra</i>	Si basa sulla necessità di sviluppare nuovi metodi di intervento alternativi e/o di supporto ad altri tipi di trattamento per i disturbi neurocognitivi.	Questo studio si è basato su articoli e pubblicazioni scientifiche, i criteri specifici sono: articoli con pubblicazione dal 2018 e età del paziente superiore a 65 anni.	È stato riscontrato un effetto positivo nonostante gli articoli inclusi erano di insufficiente rigore metodologico.	Molti studi hanno riportato risultati positivi ma questi non potevano essere generalizzati a causa dei numerosi bias presenti.
13- Toward a theory-based specification of non-pharmacological treatments in aging and dementia: Focused reviews and methodological recommendations. Sikkes, S. A. M., Tang, Y., Jutten, R. J., Wesselman, L. M. P., Turkstra, L. S.,	Lo scopo di questo documento è avanzare il campo delle terapie non farmacologiche (NPT) negli anziani e nella demenza proponendo un quadro teorico che può essere applicato a tutta la ricerca NPT.	È stata effettuata una revisione sistematica di 122 articoli riguardante varie categorie di NPT	Gli esperti hanno fornito delle prove per diversi NPT basati sui migliori sforzi di sintesi, hanno identificato le principali lacune nella conoscenza e le barriere rilevanti fornendo indicazioni per la ricerca futura.	Questo studio evidenzia che gli NPT sono efficaci su obiettivi immediati, concentrandosi principalmente su soggetti con MCI e demenza lieve.

<p>Brody, H., Clare, L., Cassidy-Eagle, E., Cox, K. L., Chételat, G., Dautricourt, S., Dhana, K., Dodge, H., Dröes, R., Hampstead, B. M., Holland, T., Lampit, A., Laver, K., Lutz, A., ... Bahar-Fuchs, A. (2021). <i>Alzheimer's & Dementia</i></p>				
<p>14- Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease. Sims, J. R., Zimmer, J. A., Evans, C. D., Lu, M., Ardayfio, P., Sparks, J., Wessels, A. M., Shcherbinin, S., Wang, H., Monkul Nery, E. S., Collins, E. C., Solomon, P., Salloway, S., Apostolova, L. G., Hansson, O., Ritchie, C., Brooks, D. A., Mintun, M., Skovronsky, D. M., ... Zboch, M. (2023). <i>JAMA</i></p>	<p>Determinare l'efficacia e gli eventi avversi del donanemab, un anticorpo progettato per eliminare le placche amiloidi nel cervello.</p>	<p>Studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, che ha arruolato 1.736 partecipanti con malattia di Alzheimer sintomatica precoce con patologia amiloide e tau bassa/media o alta da giugno 2020 a novembre 2021.</p>	<p>Il trattamento con donanemab ha prodotto un beneficio clinicamente significativo. Un ulteriore supporto alla rilevanza clinica è la riduzione del rischio del 38,6% di progressione della malattia misurata sul punteggio CDR-G.</p>	<p>Nei partecipanti affetti da malattia di Alzheimer in fase precoce e con presenza di patologia amiloide e tau, il donanemab ha dimostrato di ridurre in modo significativo la progressione clinica dopo 76 settimane nei soggetti con livelli di tau bassa o media.</p>
<p>15- <p>Alzheimer's disease: pathogenesis, diagnostics, and therapeutics</p>. Tiwari, S., Atluri, V., Kaushik, A., Yndart, A., & Nair, M. (2019). <i>International Journal of Nanomedicine</i></p>	<p>Analizzare i fattori cellulari associati alla patogenesi della malattia per migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da Alzheimer.</p>	<p>È stata effettuata una revisione sistematica della letteratura.</p>	<p>La ricerca di un trattamento terapeutico efficace per l'Alzheimer è ancora in corso; pertanto, è fondamentale analizzare i fattori cellulari collegati alla patogenesi della malattia e lavorare su di essi</p>	<p>L'urgenza attuale è quella di comprendere i meccanismi di sviluppo dell'Alzheimer, identificare precocemente la patologia.</p>

			per elevare la qualità della vita.	
16- Theories of Aging and the Prevalence of Alzheimer's Disease. Trevisan, K., Cristina-Pereira, R., Silva-Amaral, D., & Aversi-Ferreira, T. A. (2019). <i>BioMed Research International</i> ,	Verificare, alla luce di alcune teorie sull'invecchiamento, la prevalenza dell'Alzheimer.	È stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando gli indicatori <i>Alzheimer</i> , <i>invecchiamento</i> , <i>Alzheimer</i> e <i>invecchiamento</i> . La ricerca è stata condotta utilizzando PubMed, Scopus, Elsevier e Google Scholar	È stata evidenziata l'associazione costante tra Alzheimer e teorie sull'invecchiamento.	È plausibile considerare che l'aumento dell'aspettativa di vita genererà un'elevata prevalenza di AD.
17- Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Woods, B., Rai, H. K., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Valutare le prove dell'efficacia della CS per le persone affette da demenza, compresi gli eventuali effetti negativi sulla cognizione e altri risultati rilevanti, tenendo conto, ove possibile, delle differenze nella sua implementazione.	Sono state identificate le sperimentazioni da una ricerca nel Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group Specialized Register. Inoltre, sono state eseguite ricerche in database sanitari e registri di sperimentazioni per garantire che la ricerca fosse aggiornata e completa.	È stato riscontrato che i miglioramenti nella cognizione erano maggiori dove le sessioni di gruppo erano più frequenti (due o più volte alla settimana) e dove la gravità media della demenza tra i partecipanti all'inizio dell'intervento era "lieve".	Sono stati individuati dei piccoli benefici cognitivi a breve termine per le persone con demenza da lieve a moderata che partecipano a programmi di CS. È stato riscontrato miglioramenti clinicamente rilevanti nella comunicazione e nell'interazione sociale e lievi benefici in una gamma di risultati, tra cui umore e comportamento.

Tabella 1: panoramica dettagliata delle caratteristiche degli studi presi in considerazione.

5.1 Analisi dei risultati

Lo studio 1 evidenzia i potenziali benefici della musicoterapia come intervento non farmacologico per migliorare le funzioni cognitive nei pazienti affetti da Alzheimer. Attraverso una revisione sistematica della letteratura, sono stati esaminati studi clinici randomizzati pubblicati tra il 2012 e il 2022. I risultati mostrano un miglioramento significativo delle funzioni cognitive nei pazienti che hanno ricevuto musicoterapia rispetto a gruppi di controllo, con un effetto particolarmente marcato quando i pazienti sono attivamente coinvolti nella produzione musicale. Questo suggerisce che le modalità di intervento attivo possano risultare più efficaci rispetto ad altre forme di musicoterapia. Lo studio 2 fornisce una panoramica completa del deterioramento cognitivo vascolare e della demenza, analizzando vari aspetti come epidemiologia, fisiopatologia, approccio clinico e gestione. Tra i risultati più rilevanti, si sottolinea che la fisiopatologia del deterioramento cognitivo vascolare e della demenza è eterogenea. La gestione dei fattori di rischio cardiovascolare, come la pressione sanguigna, il colesterolo e i livelli di zucchero nel sangue, è evidenziata come fondamentale per la prevenzione di queste condizioni.

Lo studio 3 evidenzia l'importanza di identificare gli strumenti cognitivi più efficaci per discriminare il deterioramento cognitivo lieve (MCI) nelle sue fasi iniziali. Attraverso una ricerca sistematica su cinque database online, sono stati identificati 52 diversi strumenti cognitivi utilizzati per la valutazione dell'MCI. La valutazione di ciascuno strumento si è basata su proprietà psicometriche, tempi di somministrazione e metodi di somministrazione. Tra i test più frequentemente citati in letteratura figurano il Montreal Cognitive Assessment (MoCA), il Mini-Mental State Examination (MMSE) e il Clock Drawing Test (CDT).

Lo studio 4 evidenzia i cambiamenti notevoli nella percezione della malattia di Parkinson nel tempo. L'emergere di fattori di rischio variabili e l'idea che il Parkinson Plus possa iniziare con sintomi gastrointestinali hanno arricchito la comprensione della patologia. Oggi, la malattia è riconosciuta come una condizione multiorgano e multisistemica, che deriva dall'interazione tra fattori genetici e ambientali, specialmente durante l'invecchiamento. Questa prospettiva integrata suggerisce la necessità di sviluppare

approcci diagnostici e terapeutici più completi, capaci di affrontare non solo i sintomi motori, ma anche quelli non motori.

Lo studio 5 esplora le esperienze di infermieri e assistenti infermieristici nelle unità di terapia intensiva per la demenza. Attraverso un approccio basato sul modello di assistenza incentrato sulla persona, la ricerca si propone di identificare le pratiche reattive più efficaci nella cura di questi pazienti. Si evidenzia l'importanza di un approccio personalizzato e reattivo nella gestione della demenza. Inoltre, i risultati possono costituire una base per lo sviluppo di materiali formativi e di istruzione per il personale infermieristico, promuovendo una qualità dell'assistenza più elevata e mirata.

Lo studio 6 sottolinea l'importanza della diagnosi precoce del declino cognitivo nella malattia di Alzheimer e presenta il Digital Clock and Recall (DCR™) come un'alternativa promettente al Mini-Mental State Examination (MMSE). Coinvolgendo 706 partecipanti, la ricerca ha mostrato che il DCR identifica meglio gli individui con deterioramento cognitivo erroneamente considerati "cognitivamente non compromessi" dal MMSE. Inoltre, il DCR è più veloce, richiedendo meno di tre minuti per la somministrazione, e i suoi punteggi sono meno influenzati da variabili demografiche come etnia e istruzione.

Lo studio 7 sottolinea l'importanza fondamentale della diagnosi precoce e della prevenzione nell'affrontare l'aumento previsto dei casi di demenza, in particolare della malattia di Alzheimer. Poiché non esiste attualmente una cura definitiva, la ricerca si concentra su strategie per rallentare la progressione dei sintomi e migliorare la qualità della vita dei pazienti. Si stima che fino al 30% del rischio di demenza possa essere influenzato da fattori modificabili, suggerendo che interventi mirati, basati su cambiamenti nello stile di vita, possono avere un impatto protettivo significativo sulla funzione cognitiva nei soggetti a rischio.

Lo studio 8 sottolinea la necessità di una diagnosi precoce e accurata dell'Alzheimer, dato che l'unico modo conclusivo per confermare la malattia è l'autopsia cerebrale. Poiché tale approccio non è praticabile nella pratica clinica, i medici si avvalgono di test che valutano le capacità mentali del paziente. Per migliorare la qualità della vita dei pazienti, lo studio suggerisce l'importanza di diagnosi tempestive, terapie mirate e metodi innovativi come l'intelligenza artificiale.

Lo studio 9 mette in luce la fondamentale relazione tra la propagazione delle fibrille tau e la neurodegenerazione nella malattia di Alzheimer. Si concentra sui meccanismi che

influenzano la diffusione di tau, analizzando l'impatto del carico amiloide e la connettività cerebrale. Vengono esaminate varianti genetiche che possono accelerare o rallentare questa diffusione, nonché l'effetto della fosforilazione di specifici epitopi tau. La patologia tau funge da indicatore per la neurodegenerazione e la compromissione della memoria.

Lo studio 10 sottolinea l'aumento della popolazione anziana con demenza, in particolare Alzheimer, e come l'incidenza per età stia diminuendo grazie a miglioramenti in istruzione, nutrizione e assistenza sanitaria. Viene presentato un modello che identifica 12 fattori di rischio modificabili per la demenza, inclusi alcol, trauma cranico e inquinamento, che insieme rappresentano circa il 40% dei casi prevenibili a livello globale. Si enfatizza l'importanza di mantenere un'attività cognitiva, fisica e sociale durante la mezza età e l'età avanzata. Il benessere delle persone con demenza è fondamentale, e interventi psicosociali personalizzati hanno dimostrato efficacia nella gestione dei sintomi neuropsichiatrici

Lo studio 11 esamina la terapia della reminiscenza per le persone con demenza, analizzando 22 studi e identificando tredici componenti principali, tra cui "trigger della memoria" e "temi", che non sempre mostrano effetti positivi. Sebbene la terapia sia generalmente erogata in gruppo, manca di coerenza in termini di durata, composizione delle sessioni e formazione dei facilitatori. Componenti come "fasi della vita" e "sessioni per la famiglia" hanno mostrato potenziale beneficio, evidenziando la necessità di maggiore uniformità e chiarezza teorica per migliorare l'efficacia dell'intervento.

Lo studio 12 analizza l'efficacia della pet therapy nei disturbi neurocognitivi, evidenziando il suo potenziale nell'aumentare le competenze sociali, migliorare l'autostima e ridurre ansia e stress. È basato su articoli pubblicati dal 2018, il lavoro ha selezionato studi riguardanti adulti over 65 trovando risultati incerti. Nonostante alcuni effetti positivi, i lavori inclusi presentavano limitazioni significative, come piccole dimensioni del campione e mancanza di rigore metodologico.

Lo studio 13 evidenzia i trattamenti non farmacologici per persone anziane a rischio o con demenza, evidenziando il potenziale di miglioramento dei risultati. Gli esperti hanno delineato obiettivi e ingredienti dei vari trattamenti, fornendo una sintesi autorevole delle prove disponibili, hanno identificato lacune nella conoscenza e barriere alla ricerca proponendo indicazioni per studi futuri. Le raccomandazioni riguardano l'importanza di

protocolli rigorosi, sottolineando che le evidenze sostengono varie strategie non farmacologiche nei loro obiettivi primari e che un quadro teorico unificante potrebbe orientare meglio gli sforzi futuri.

Lo studio 14 valuta l'efficacia di un anticorpo progettato per eliminare le placche amiloidi nel cervello, in un contesto di malattia di Alzheimer sintomatica precoce. Condotta in fase 3 su 1.736 partecipanti in 277 centri, lo studio ha mostrato risultati promettenti: il donanemab ha rallentato significativamente la progressione della malattia rispetto al placebo, con 23 dei 24 esiti valutati che hanno raggiunto significatività statistica. Tuttavia, sono emersi eventi avversi, tra cui anomalie di imaging correlate all'amiloide e reazioni infusionali, con alcuni decessi ritenuti correlati al trattamento.

Lo studio 15 esamina l'aumento globale della demenza, concentrandosi sulla malattia di Alzheimer come principale causa. La revisione approfondisce i meccanismi patogenetici dell'Alzheimer, sottolineando l'elaborazione anomala della proteina precursore dell'amiloide (APP) e il ruolo cruciale delle microglia nella risposta all'accumulo di A β . Queste cellule, attivate dalla presenza di A β , non solo aiutano a rimuovere gli aggregati, ma attivano anche una risposta immunitaria innata, evidenziando l'importanza di un'inflammatione controllata nel cervello.

Lo studio 16 esplora il rapporto tra invecchiamento e malattia di Alzheimer, interrogandosi se sia possibile invecchiare senza sviluppare questa condizione. Attraverso una revisione delle teorie sull'invecchiamento e l'analisi di articoli scientifici, è emerso un forte legame tra età avanzata e Alzheimer. Tuttavia, le teorie analizzate si concentrano principalmente su aspetti biomolecolari, trascurando le dimensioni sociali e comportamentali, il che limita la comprensione delle origini della malattia. In conclusione, si sottolinea che, sebbene quasi tutti gli individui possano sviluppare l'Alzheimer con l'avanzare dell'età, l'aumento dell'aspettativa di vita potrebbe comportare una maggiore prevalenza.

Lo studio 17 esamina l'efficacia della stimolazione cognitiva come intervento per le persone con demenza, basandosi su una revisione sistematica di 37 studi clinici randomizzati che coinvolgono 2766 partecipanti. I risultati evidenziano un modesto ma significativo miglioramento della funzione cognitiva a breve termine. Inoltre, sono stati osservati progressi nella qualità della vita e nelle valutazioni del personale riguardo alla comunicazione e all'interazione sociale. Sebbene la stimolazione cognitiva offra

potenziali benefici, è fondamentale condurre ulteriori ricerche per approfondire la sua efficacia in diversi contesti e per analizzare gli effetti a lungo termine.

5.2 Limiti di ricerca

La ricerca, essenziale per l'avanzamento della conoscenza, presenta alcuni limiti intrinseci. In questo studio vi è la difficoltà ad accedere a tutte le fonti disponibili in quanto ostacolate da barriere economiche o linguistiche.

DISCUSSIONE

Dai risultati dalla revisione, emerge che le strategie non farmacologiche rappresentano un'importante alternativa per migliorare la qualità della vita nei pazienti affetti da malattia di Alzheimer, specialmente nelle fasi iniziali e moderate della malattia in particolare la stimolazione cognitiva si è dimostrata efficace nel mantenere e potenziare le abilità cognitive residue, supportando la memoria, l'attenzione e il linguaggio. L'importanza di un approccio sistematico e individualizzato emerge chiaramente, poiché attività come giochi di memoria o esercizi di associazione devono essere adatti alle capacità specifiche di ogni paziente. Un altro punto chiave discusso è l'efficacia della terapia della reminiscenza che evocando i ricordi personali e significativi permette ai pazienti di connettersi con il proprio passato, migliorando il loro umore la comunicazione. Questo intervento si è dimostrato particolarmente utile nel prevenire il deterioramento della personalità e nel mantenere un senso di identità. Analogamente, la musicoterapia e la pet therapy, come mostra l'evidenza, non solo favoriscono il rilassamento ma sono strumenti per mantenere attiva la memoria e le emozioni riducendo i sintomi di ansia e depressione contribuendo ad un miglioramento del benessere generale. Un aspetto particolarmente rilevante è il ruolo del modello Gentilcare che ha fornito ulteriori prove di efficacia nella promozione di un'assistenza personalizzata attraverso un approccio protesico, in cui le capacità residue vengono valorizzate e l'uso di contenzioni o farmaci ridotti. La metodologia PDCA applicata a questo modello garantisce un monitoraggio continuo e un miglioramento costante delle pratiche assistenziali. Un altro punto cruciale emerso è l'importanza del caregiver, in quanto fornisce un'assistenza continua ai pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer; Il benessere psicologico dei caregiver ha un impatto diretto sulla qualità delle cure che possono offrire, di fatti è necessario che ricevano un'adeguata formazione e un costante supporto in quanto il carico assistenziale può generare stress e burnout. Nonostante i numerosi benefici delle terapie non farmacologiche, è importante riconoscere che non sostituiscono i trattamenti farmacologici ma piuttosto li completano, di fatti la combinazione di entrambe si dimostra la strategia più efficace per rallentare la progressione della malattia e migliorare la qualità della vita del paziente.

CONCLUSIONI

La malattia di Alzheimer rappresenta una delle sfide sanitarie e sociali più significative dell'era contemporanea, in quanto colpisce milioni di persone a livello globale, con un impatto profondo sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver. Il quadro assistenziale, essenziale nella gestione della malattia, richiede un approccio olistico e personalizzato che consideri non solo gli aspetti clinici ma anche quelli psicologici e sociali del paziente. Dallo studio condotto è emerso che interventi come la stimolazione cognitiva, la terapia della reminiscenza, la musicoterapia e la pet therapy possono avere un impatto positivo sulla conservazione delle capacità residue, nonché sul benessere emotivo dei pazienti. Questi approcci non solo riducono il declino cognitivo, ma migliorano anche l'interazione sociale il senso di dignità personale. Lo studio, inoltre, mette in evidenza il ruolo del caregiver, il cui benessere psicologico è strettamente legato alla qualità dell'assistenza fornita. Una soluzione innovativa viene fornita dal modello Gentilecare, che si focalizza sulla creazione di un ambiente di supporto che rispetti le capacità e desideri individuali, evitando approcci di contenzione fisica o farmacologica. In conclusione, la gestione della malattia di Alzheimer richiede un approccio integrato, che comprenda sia terapie farmacologiche che non farmacologiche, personalizzate in base alle esigenze del paziente e del contesto familiare. Sebbene non esista ancora una cura definitiva per l'Alzheimer, l'adozione di strategie assistenziali mirate alla formazione dei caregiver, possono contribuire in modo significativo a migliorare la qualità della vita dei pazienti, preservando la loro dignità e autonomia nelle diverse fasi della malattia.

Da qui l'idea di supportare i caregiver con un progetto educativo sanitario da me individuato, che miri ad evidenziare le strategie assistenziali e l'importanza del modello Gentlecare. Questa proposta rappresenta un passo importante per garantire un'assistenza più efficace e umana, sperando che possa fungere da guida per tutti coloro che sono coinvolti nella cura dei pazienti con Alzheimer.

PROPOSTA DI PROGETTO

“Promozione delle Terapie Non Farmacologiche e del Modello Gentlecare per caregiver di Pazienti con Alzheimer”

INTRODUZIONE

Il progetto nasce dalla necessità di fornire ai caregiver maggiore consapevolezza e conoscenza delle strategie assistenziali. Le evidenze scientifiche dimostrano che le terapie non farmacologiche e l'adozione del modello Gentlecare possono rappresentare strumenti fondamentali per migliorare la qualità della vita sia dei pazienti che dei caregiver.

OBIETTIVI

Il progetto si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- **Sensibilizzazione:** Promuovere una maggiore consapevolezza sull'importanza della gestione dei sintomi dell'Alzheimer attraverso strategie assistenziali che possono apportare benefici sia ai pazienti che ai caregiver.
- **Formazione:** Formare i caregiver attraverso un dépliant informativo, basato sulla tesi elaborata attraverso una revisione della letteratura e focalizzata sul modello Gentlecare. Il materiale fornirà informazioni offrendo strumenti utili per affrontare le sfide quotidiane nella cura.
- **Supporto e comunità:** Creare gruppi di supporto per favorire la condivisione di esperienze e strategie tra caregiver. Questi spazi di incontro faciliteranno il confronto e il supporto reciproco, contribuendo a ridurre il senso di isolamento.
- **Monitoraggio e Valutazione:** Implementare strumenti per valutare l'efficacia delle terapie non farmacologiche sul benessere psicologico e fisico dei pazienti e dei caregiver. Questo processo di monitoraggio garantirà un continuo miglioramento delle pratiche adottate, assicurando che le esigenze di tutti i coinvolti siano sempre al centro dell'attenzione.

FINALITÀ EDUCATIVE

Al termine del progetto i benefici attesi saranno:

- Miglioramento della qualità della vita nei pazienti affetti da Alzheimer
- Riduzione dello stress nei caregiver

- Aumento della consapevolezza della patologia
- Monitoraggio continuo dell'andamento della malattia

SETTING DI RIFERIMENTO

Si propone una campagna di sensibilizzazione nelle Unità Operative di Neurologia, degenza e ambulatori, nei Centri per le Demenze, nei Distretti Territoriali e negli ambulatori dei medici di base, attraverso la distribuzione di dépliant informativi dedicati ai caregiver di pazienti con Alzheimer.

METODO

Per raggiungere gli obiettivi del progetto, è stato scelto di utilizzare un dépliant informativo come strumento principale. Questo formato consente di presentare in modo chiaro e accessibile le informazioni fondamentali relative alle terapie non farmacologiche e al modello Gentlecare. Il dépliant è progettato per essere facilmente consultabile dai caregiver, offrendo loro risorse pratiche e strategie assistenziali basate su evidenze scientifiche. (ALLEGATI)

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Alzheimer's Association. (2024). Le sette fasi del morbo di Alzheimer. *Alz.Org*. [13 settembre 2024]
- Baldacci C., Banchi C., Bruschi M., Bonaccorsi G., Castagnoli M., Cipriani S., Collini F., Di Palma C., Figlini A, Galletti G, Giovannetti C., Ierardi F., Lorini C., & Mattarocchia T. (2020). *Moyra Jones ed il modello gentlecare: un approfondimento*. Valore in RSA. [23 settembre 2024]
- Bleibel, M., Abou-Abbas, L., Sadier, N. S., & El Cheikh, A. (2023). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Alzheimer's Research & Therapy*. <https://doi.org/10.1186/s13195-023-01214-9> [11 settembre 2024]
- Bleibel, M., El Cheikh, A., Sadier, N. S., & Abou-Abbas, L. (2023). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Alzheimer's Research & Therapy*, 15(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13195-023-01214-9> [11 settembre 2024]
- Bureau Veritas. (2024). *MODELLO GENTLE CARE*. Bureau Veritas. [23 settembre 2024]
- Chang Wong, E., & Chang Chui, H. (2022). Vascular Cognitive Impairment and Dementia. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 28(3), 750–780. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001124> [25 settembre 2024]
- Chun, C. T., Seward, K., Patterson, A., Melton, A., & MacDonald-Wicks, L. (2021). Evaluation of Available Cognitive Tools Used to Measure Mild Cognitive Decline: A Scoping Review. *Nutrients*, 13(11), 3974. <https://doi.org/10.3390/nu13113974> [9 settembre 2024]
- Colangelo M. (2020). La scoperta della malattia: da Alois Alzheimer all'italiano Gaetano Perusini. *MEDICITALIA+*. [2 agosto 2024]

- Costa, H. N., Esteves, A. R., Empadinhas, N., & Cardoso, S. M. (2023). Parkinson's Disease: A Multisystem Disorder. *Neuroscience Bulletin*, 39(1), 113–124. <https://doi.org/10.1007/s12264-022-00934-6> [9 settembre 2024]
- GOCCE DI MEMORIA. (n.d.). *Attività Riabilitative di tipo cognitivo*. [19 settembre 2024]
- Huang, S.-F., Wang, B.-Y., & Liao, J.-Y. (2023). Experiences of person-centered care for sundown syndrome among nurses and nurse aides in dementia special care units: a qualitative study. *BMC Nursing*, 22(1), 435. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01598-x> [15 luglio 2024]
- Inglés M., & Gambini J. (2020). *Nuevas necesidades, escenarios y abordajes del envejecimiento*. [24 settembre 2024]
- ISS. (n.d.-a). *Le Demenze*. <https://www.demenze.it/it-schede-34-demenza-definizione> [10 giugno 2024]
- ISS. (m.d.-b). *Malattia di Alzheimer*. <https://www.epicentro.iss.it/alzheimer/> [19 giugno 2024]
- Jannati, A., Toro-Serey, C., Gomes-Osman, J., Banks, R., Ciesla, M., Showalter, J., Bates, D., Tobyne, S., & Pascual-Leone, A. (2024). Digital Clock and Recall is superior to the Mini-Mental State Examination for the detection of mild cognitive impairment and mild dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 16(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13195-023-01367-7> [23 luglio 2024]
- Jessen, F. (2019). Früherkennung der Alzheimer-Krankheit und Ansätze der Prävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(3), 255–260. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02877-2> [6 settembre 2024]
- Khan, S., Barve, K. H., & Kumar, M. S. (2020). Recent Advancements in Pathogenesis, Diagnostics and Treatment of Alzheimer's Disease. *Current Neuropharmacology*, 18(11), 1106–1125. <https://doi.org/10.2174/1570159X18666200528142429> [26 luglio 2024]

- Lamontagne-Kam, D., Ulfat, A. K., Hervé, V., Vu, T.-M., & Brouillette, J. (2023). Implication of tau propagation on neurodegeneration in Alzheimer's disease. *Frontiers in Neuroscience*, *17*. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1219299> [19 luglio 2024]
- Livingston g., Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad, David Ames, Clive Ballard, & Sube Banerjee. (2023). Prevenzione, intervento e cura della demenza: rapporto 2020 della Lancet Commission. *The Lancet*, *396*, 413–446. [18 settembre 2024]
- Lucia Gozzo. (2024). La lotta all'Alzheimer si fa più complicata in Europa: L'EMA boccia il farmaco lecanemab. *SIF MAGAZINE*. [28 settembre 2024]
- Macleod, F., Storey, L., Rushe, T., & McLaughlin, K. (2021). Towards an increased understanding of reminiscence therapy for people with dementia: A narrative analysis. *Dementia*, *20*(4), 1375–1407. <https://doi.org/10.1177/1471301220941275> [22 agosto 2024]
- Toller m. (2019). Demenza e Alzheimer: non dimenticare chi dimentica! *BENESSERE MAG*. [9 settembre 2024]
- Paci C. (2018). GESTIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI CRONICI NELLE DEMENZE. *Regione Marche*. [4 giugno 2024]
- Rubbino Roberta. (2020, April 20). *La demenza non è solo una questione di memoria. Aspetti psicologici e comportamentali nei disturbi neurocognitivi lievi e maggiori*. Istituto A.T. Beck. [2 agosto 2024]
- Sbrizzi, C., & Sapuppo, W. (2021). Effects of Pet Therapy in Elderly Patients with Neurocognitive Disorders: A Brief Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, *11*(3), 198–206. <https://doi.org/10.1159/000518469> [23 settembre 2024]
- Sikkes, S. A. M., Tang, Y., Jutten, R. J., Wesselman, L. M. P., Turkstra, L. S., Brodaty, H., Clare, L., Cassidy-Eagle, E., Cox, K. L., Chételat, G., Dautricourt, S., Dhana, K., Dodge, H., Dröes, R., Hampstead, B. M., Holland, T., Lampit, A., Laver, K., Lutz, A., ... Bahar-Fuchs, A. (2021). Toward a theory-based

- specification of non-pharmacological treatments in aging and dementia: Focused reviews and methodological recommendations. *Alzheimer's & Dementia*, 17(2), 255–270. <https://doi.org/10.1002/alz.12188> [22 agosto 2024]
- Sims, J. R., Zimmer, J. A., Evans, C. D., Lu, M., Ardayfio, P., Sparks, J., Wessels, A. M., Shcherbinin, S., Wang, H., Monkul Nery, E. S., Collins, E. C., Solomon, P., Salloway, S., Apostolova, L. G., Hansson, O., Ritchie, C., Brooks, D. A., Mintun, M., Skovronsky, D. M., ... Zboch, M. (2023). Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease. *JAMA*, 330(6), 512. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.13239> [23 luglio 2024]
- Terzaeta. (2022). Utilizzo dell'orientamento alla realtà nell'Alzheimer e nella demenza. *Terzaeta.Com*. [10 settembre 2024]
- Tiwari, S., Atluri, V., Kaushik, A., Yndart, A., & Nair, M. (2019). <p>Alzheimer's disease: pathogenesis, diagnostics, and therapeutics</p>. *International Journal of Nanomedicine*, Volume 14, 5541–5554. <https://doi.org/10.2147/IJN.S200490> [11 luglio 2024]
- Trevisan, K., Cristina-Pereira, R., Silva-Amaral, D., & Aversí-Ferreira, T. A. (2019). Theories of Aging and the Prevalence of Alzheimer's Disease. *BioMed Research International*, 2019, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2019/9171424> [23 luglio 2024]
- Woods, B., Rai, H. K., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3> [17 settembre 2024]

ALLEGATI

STRATEGIE ASSISTENZIALI NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Le terapie non farmacologiche
e il modello Gentlecare possono essere
strumenti fondamentali per migliorare
la qualità della vita sia dei pazienti
che dei caregiver

CARE STRATEGIES



VANTAGGI

- Miglioramento del benessere del Paziente
- Riduzione dello stress per i caregiver

TERAPIE NON FARMACOLOGICHE

- Pet Therapy
- Musicoterapia
- Stimolazione cognitiva
- Terapia della reminiscenza
- Art Therapy

PER MAGGIORI INFORMAZIONI



Allegato 1: locandina informativa

Promozione delle terapie non farmacologiche e del modello Gentlecare per caregiver di pazienti affetti da Alzheimer

Cosa sono le terapie non farmacologiche?

Le terapie non farmacologiche (NPT) sono approcci che mirano a migliorare la qualità di vita dei pazienti con Alzheimer e a rallentare il declino cognitivo. Queste strategie sono ben accettate dai pazienti e dai caregiver, poiché presentano effetti collaterali minimi e possono essere integrate con trattamenti farmacologici.

Principali Terapie Non Farmacologiche

- **Stimolazione Cognitiva:** Attività mirate per mantenere o migliorare le abilità cognitive attraverso attività strutturate, stimolando funzioni come memoria, attenzione, linguaggio. Include giochi di parole, esercizi di memoria, discussioni su eventi passati e attività manuali come puzzle o lavori artistici.
- **Terapia della Reminiscenza:** Approccio terapeutico che invita le persone a esplorare e condividere i propri ricordi, utilizzando esperienze passate come mezzo per creare connessioni significative. Attraverso l'evocazione di ricordi importanti tramite fotografie e oggetti, si mira a rafforzare l'identità individuale e a migliorare il benessere emotivo.
- **Musicoterapia:** Utilizzo della musica per stimolare emozioni e ricordi, contribuendo al benessere emotivo e sociale.
- **Pet Therapy:** Interazione con animali per ridurre ansia e solitudine, migliorando la comunicazione e l'attività fisica.
- **Arteterapia:** Attività artistiche per promuovere l'espressione creativa, stimolare la memoria e favorire interazioni sociali.

Cos'è il modello Gentlecare?

Il modello Gentlecare è un approccio innovativo che si concentra sul miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da demenza. Anziché tentare di modificare il comportamento del paziente, questo modello si basa sulla personalizzazione dell'assistenza, creando un ambiente accogliente e rispettoso delle capacità residue.

Principi Fondamentali del Modello Gentlecare

- **Personalizzazione:** Ogni paziente riceve un "supporto di cura" su misura, che tiene conto delle sue preferenze e capacità.
- **Valorizzazione delle Risorse Residue:** Si cerca di mantenere e attivare le abilità e le risorse già presenti nel paziente.
- **Integrazione della Routine Quotidiana:** Le attività quotidiane vengono integrate con programmi utili per il paziente, promuovendo un senso di normalità

Vantaggi per i Caregiver

- **Miglioramento del Benessere del Paziente:** Le NPT e il modello Gentlecare contribuiscono a una gestione più serena e positiva della malattia.
- **Riduzione dello Stress:** Un approccio personalizzato e rispettoso riduce il carico emotivo per i caregiver.
- **Sviluppo di Competenze:** Formazione specifica per i caregiver sulle strategie più efficaci, aumentando la loro fiducia nell'assistenza.