



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

**MONTESSORI E ALZHEIMER:  
una nuova visione del metodo pedagogico  
per restituire autonomia e dignità al  
paziente con demenza**

Relatore: Chiar.mo

Liberati Stefania

Tesi di Laurea:

Valeri Veronica

Anno Accademico 2021/2022

Sarà il nostro mondo nuovo, il mare era tutto una gioia  
Guardando il suo uomo e i ricordi ad asciugare in terrazza  
E negli anni questi presero il volo come i gabbiani dall'acqua  
Perché per ogni cosa che dona la vita un'altra la immola

Murubutu - Mara e il maestrale

# Indice

Abstract.....	.....
Introduzione.....	.....
Capitolo 1. Il Morbo di Alzheimer	
1.1 Quadro generale.....	.....
1.2 Incidenza della malattia.....	.....
1.3 Eziopatogenesi.....	.....
1.4 Segni e Sintomi.....	.....
1.5 Fattori di rischio e fattori comportamentali.....	.....
1.6 Stadi dell'Alzheimer.....	.....
1.7 Terapie farmacologiche.....	.....
1.8 Assistenza infermieristica.....	.....
Capitolo 2. Approcci non farmacologici	
2.1 Definizione.....	.....
2.2 Ambiti di attuazione.....	.....
Capitolo 3. Metodo Montessori e Alzheimer	
3.1 Il metodo Montessori.....	.....
3.2 Cameron J. Camp e il metodo Montessori.....	.....
3.3 Applicazione del Metodo Montessori.....	.....
3.4 Il metodo Montessori applicato alla demenza di tipo Alzheimer.....	.....
Conclusioni.....	.....
Sitografia.....	.....
Ringraziamenti.....	.....

## **Abstract**

**Introduzione** Le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, demenza vascolare, frontotemporale, a corpi di Lewy, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali.

Le demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale. Il progressivo invecchiamento della popolazione generale, sia nei Paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo, fa ritenere queste patologie un problema sempre più rilevante in termini di sanità pubblica.

Nel cercare di rallentare e migliorare il decorso della malattia, entrano in nostro soccorso, due approcci applicabili e non escludenti l'un l'altro: quello farmacologico e non farmacologico.

L'obiettivo di questo elaborato è approfondire la conoscenza di approcci non farmacologici innovativi e al contempo valutare l'efficacia degli stessi nel favorire un recupero e un mantenimento di funzioni e attività residue in questi soggetti.

In particolare, questo progetto analizza il metodo Montessori come strumento per migliorare e reimparare nuovi comportamenti e trarre vantaggi da trattamenti non farmacologici recuperando dignità e "normalità" nonostante la malattia.

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

Consultazione di testi riferiti all'impiego del metodo Montessori in soggetti affetti da demenza come "Vivere con l'Alzheimer". Per perfezionare la ricerca sono stati intrapresi contatti telefonici con la Dott.ssa Garulli educatrice montessoriana, formatrice di educatori e insegnanti, promotrice di Montessori per l'Alzheimer.

**Conclusioni** Gli studi analizzati sono stati condotti in strutture residenziali e anche in ambito domiciliare. Qualora si dovessero avere buoni risultati, si potrebbe favorire l'introduzione del metodo montessoriano su vasta scala, al fine di aumentare la qualità della vita delle persone affette da demenza e dei loro caregivers.

**Keywords** metodo Montessori, demenza, Alzheimer,

## **Introduzione**

Con il termine “demenza” identifichiamo un largo spettro di patologie del sistema nervoso centrale caratterizzate dal progressivo deterioramento delle funzioni cerebrali superiori che sono fondamentali per la vita relazionale.

La demenza è in progressivo aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità una priorità mondiale di salute pubblica[1].

Lo stesso Rapporto riporta stime di crescita allarmanti della demenza: 35,6 milioni di casi nel 2010 che raddoppieranno nel 2030 e triplicheranno nel 2050 con 7,7 milioni di nuovi casi l'anno (uno ogni 4 secondi) e il cui impatto economico sui sistemi sanitari sarà di circa 604 miliardi di dollari l'anno, con incremento progressivo. In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600 mila con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari. La sopravvivenza media, dopo la diagnosi, è di 8-10 anni.

Nonostante la prima descrizione sulla malattia di Alzheimer sia avvenuta nel 1906, ancora oggi non si conoscono affondo i processi che portano allo sviluppo di questa patologia e la ricerca sta avanzando per trovare terapie efficaci che possano rallentare o addirittura bloccare l'evoluzione di questa malattia.

Numerosi studi hanno dimostrato che oltre il 90% dei pazienti con demenza mostra almeno uno dei comportamenti e sintomi psicologici della demenza[2]. Agitazione/aggressività, vagabondaggio e urla sono spesso associati alla demenza e sono classificati come dirompenti. Questi disturbi hanno un forte impatto sui sistemi sanitari e accelerano declino del paziente.

Ad oggi i trattamenti per migliorare tali sintomi si basano su terapie farmacologiche o non farmacologiche (NPT).

Interventi farmacologici con sostanze psicotrope sono sconsigliati; possono esporre i pazienti a grave rischio iatrogeno e possono comportare una prognosi funzionale sfavorevole o morte prematura.

Numerose società[2] colte e autorità pubbliche hanno raccomandato di utilizzare la terapia non farmacologica come trattamento di prima linea della Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD).

Il maggiore interesse verso le cure non farmacologiche per persone malate di Alzheimer, ha spinto diversi ricercatori verso esplorazioni di nuovi ambiti, nuove tecniche, nuovi approcci poiché è stata evidenziata una correlazione tra l'utilizzo di terapie non farmacologiche e un accrescimento della qualità di vita dei malati (oltre che il miglioramento dei sintomi stessi legati alla malattia)

Le terapie non farmacologiche come aromaterapia, massaggio, stimolazione multisensoriale, la terapia della luce, la terapia di validazione, la terapia della reminiscenza, la musicoterapia o la pet therapy hanno dimostrato di essere efficaci nell'affrontare questi sintomi psicologici di demenza.

Per quanto riguarda più specificamente l'uso della terapia non farmacologica, per il trattamento dei sintomi notturni, ad esempio è stato dimostrato che la sera, invece di mezzogiorno, i bagni termali migliorano le condizioni di sonno e riducono l'irrequietezza, il vagabondaggio e l'aggressività in persone anziane con demenza. Tuttavia la maggior parte della ricerca ha utilizzato protocolli standardizzati che hanno valutato gli effetti dei singoli trattamenti non farmacologici; poca letteratura ha comparato gli effetti di questi.

Lo studio di Baurant[2], ha confrontato l'efficacia di vari approcci non farmacologici, ovvero stimolazione Montessori, multisensoriale, terapia cognitiva di stimolazione o reminiscenza sulla riduzione di urla notturne, vagabondaggi o agitazione/aggressività nei residenti, constatando un'eccellente efficacia del metodo Montessori nel trattamento della BPSD notturna in pazienti anziani istituzionalizzati.

Questa metodologia di approccio utilizzata in età scolastica, è stata ripresa da Cameron J. Camp e validata attraverso l'utilizzo e l'impiego nei pazienti affetti da Alzheimer in ambienti assistenziali sia ospedalieri che domiciliari.

Lo stile di vita ispirato Montessori[3] è un approccio positivo per fornire assistenza agli adulti affetti da demenza o malattia di Alzheimer e consente a questi soggetti, di concentrarsi sui propri punti di forza individuali e impegnarsi in attività significative.

“L'approccio Montessori enfatizza l'apprendimento facendo, e questo è ciò che accade nelle persone con demenza: imparano attraverso la pratica, ma hanno anche un bagaglio

esperienziale, decenni di vita, a cui attingere. Quindi ricordano anche attraverso le loro mani e ricordano facendo...

“..... C'è questa ricchezza di potenziale in queste persone se vogliamo cercarla” [3] ha detto il dottor Camp.

Montessori Inspired Lifestyle[3], progetto di cui Cameron J. Camp è fondatore, viene definito come “un modo di vivere”. Pertanto, non viene applicato solo durante le attività della comunità programmate. Ogni membro del personale, caregiver o non caregiver, è formato per incoraggiare e autorizzare i residenti durante il giorno, a fare delle scelte in modo che sentano quel legame con la loro comunità.

Lo scopo primario di questa ricerca, oltre a riportare informazioni di base sulla patologia dell'Alzheimer, è di descrivere il metodo Montessori come approccio non farmacologico in grado di garantire ai pazienti con deficit cognitivi e ai loro familiari, la migliore condizione di vita possibile. L'obiettivo secondario è quello di divulgare la conoscenza della metodologia suddetta.

## **Capitolo 1. Il morbo di Alzheimer**

### **1.1 Quadro Generale**

Il morbo di Alzheimer[4], è un tipo di demenza che provoca problemi con la memoria, il pensare e il comportamento. Generalmente, i sintomi si sviluppano lentamente e peggiorano con il passare del tempo, diventando talmente gravi da interferire con le attività quotidiane.

Questa patologia, non rappresenta un normale elemento dell'invecchiamento, anche se il massimo fattore di rischio conosciuto è rappresentato dall'aumentare dell'età, tant'è vero che la maggior parte delle persone affette dal morbo di Alzheimer hanno da 65 anni in sù. Tuttavia, il morbo di Alzheimer non è solo una malattia della vecchiaia. Fino al 5 per cento delle persone che soffrono di questa malattia ne riscontra un'insorgenza precoce (noto anche come "insorgenza anticipata"), che spesso appare quando una persona ha tra i quaranta e cinquanta anni, o tra i cinquanta e sessant'anni.

Il morbo di Alzheimer peggiora con il passare del tempo, si tratta infatti di una malattia progressiva, nella quale i sintomi di demenza peggiorano nell'arco di alcuni anni. Nelle sue fasi iniziali, la perdita di memoria è leggera; tuttavia, in fase avanzata, le persone perdono la capacità di portare avanti una conversazione e di interagire con l'ambiente circostante.

Attualmente, si tratta di una patologia incurabile, tuttavia sono disponibili dei trattamenti per i sintomi, mentre la ricerca continua. Anche se gli attuali trattamenti del morbo di Alzheimer non possono fermare la sua progressione, essi possono rallentare temporaneamente il peggiorare dei sintomi e migliorare la qualità della vita delle persone affette e di chi si occupa di loro. Attualmente è in corso uno sforzo mondiale per trovare nuove metodologie di cura dell'Alzheimer per ritardarne l'insorgenza, e impedirne lo sviluppo.

## **1.2 Incidenza della malattia**

La Demenza affligge dal 3 all'11 per cento degli anziani oltre i 65 anni d'età e dal 30 al 50 per cento degli anziani oltre gli 85 anni.[4]

Il Morbo di Alzheimer, in Europa, costituisce circa il 54 per cento di tutte le demenze, e colpisce maggiormente le donne rispetto agli uomini; forse perché queste hanno un'aspettativa di vita maggiore rispetto agli uomini.

Le caratteristiche cliniche non hanno un andamento uguale per tutti e possono variare da soggetto a soggetto, infatti le stime della durata della malattia vanno da 2 a 20 anni, con una media di 5-7 anni; tuttavia il sintomo principale ed iniziale per tutti è la perdita di memoria e dopo un esordio di lieve perdita della capacità di ricordare fatti o avvenimenti recenti, progredisce gradualmente con alterazioni della personalità e deterioramento cognitivo: difficoltà nell'esecuzione delle attività quotidiane, perdita dell'autonomia; disturbi del linguaggio con perdita della corretta espressione verbale dei pensieri, denominazione degli oggetti, ricorso a frasi stereotipate.

## **1.3 Eziopatogenesi**

Microscopici mutamenti nel cervello iniziano molto prima dei primi segni di perdita di memoria[4].

Nel cervello vi sono cento miliardi di cellule nervose (neuroni). Ogni cellula nervosa è collegata con molte altre cellule, formando, in questo modo, delle reti di comunicazione. Ciascun gruppo di cellule nervose svolge un lavoro specifico. Alcuni sono coinvolti nel pensare, nell'apprendere e nel ricordare. Altri ci aiutano a vedere, sentire suoni e sentire odori.

Per svolgere il loro lavoro, le cellule del cervello operano come minuscole fabbriche. Esse ricevono forniture, generano energia, costruiscono attrezzature e si liberano dei rifiuti. Inoltre, le cellule processano e immagazzinano informazioni e comunicano con altre cellule. Mantenere tutto in funzione richiede un coordinamento, nonché grandi quantità di combustibile e di ossigeno.

Gli scienziati ritengono che il morbo di Alzheimer impedisca a parti della fabbrica di una cellula di funzionare bene. Essi non sono sicuri su dove inizi il problema. Ma proprio come una vera e propria fabbrica, i backup e i guasti a un singolo sistema provocano problemi anche in altre zone. Con il diffondersi del danno, le cellule perdono la loro capacità di compiere il loro lavoro e in seguito muoiono, provocando mutamenti irreversibili nel cervello.

Due strutture anomale chiamate placche e grovigli sono le principali sospettate del danneggiamento e dell'uccisione delle cellule nervose. Con la progressione del morbo di Alzheimer, placche e grovigli tendono a diffondersi attraverso la corteccia.

Le placche sono depositi di un frammento di proteina chiamata beta-amiloide, che si accumula negli spazi tra le cellule nervose.

I grovigli sono fibre contorte di un'altra proteina chiamata tau, che si accumula all'interno delle cellule.

Anche se la maggior parte delle persone sviluppa alcune placche e grovigli con l'età avanzata, chi soffre del morbo di Alzheimer tende a svilupparne molti di più. Inoltre, essi tendono a svilupparsi in un modello prevedibile, partendo da settori importanti per la memoria, prima di diffondersi in altre regioni.

Gli scienziati non sanno esattamente quale ruolo giochino le placche e i grovigli nel morbo di Alzheimer. Molti esperti ritengono che essi, in qualche modo, abbiano un ruolo fondamentale nel bloccare la comunicazione tra le cellule nervose e nell'ostacolare i processi dei quali le cellule hanno bisogno per sopravvivere.

È la distruzione e la morte delle cellule nervose che provoca mancanze di memoria, cambiamenti di personalità, problemi di svolgimento delle attività quotidiane, nonché altri sintomi del morbo di Alzheimer.

## 1.4 Segni e sintomi del morbo di Alzheimer

Il sintomo precoce più comune del morbo di Alzheimer è la difficoltà a ricordare informazioni apprese recentemente, infatti i cambiamenti dovuti al morbo di Alzheimer hanno inizio generalmente nella parte del cervello che riguarda l'apprendimento[5].

L'avanzare del morbo di Alzheimer, provoca sintomi sempre più gravi, tra cui il disorientamento, i cambiamenti di umore e di comportamento; una sempre più marcata confusione su eventi, tempi e luoghi; sospetti infondati relativi a famiglia, amici e persone che assistono; una più grave perdita di memoria e mutamenti di comportamento, nonché difficoltà nel parlare, deglutire e camminare.

Le persone affette dalla perdita di memoria o da altri possibili segnali del morbo di Alzheimer possono trovare difficoltà ad ammettere di avere un problema. I segnali di demenza potrebbero risultare più evidenti per i membri della famiglia o gli amici.

I sintomi di questa malattia inizialmente si possono manifestare in maniera lieve ed è per questo che molte volte vengono sottovalutati o vengono scambiati per normale declino fisiologico dovuto all'età, ma con il progredire della malattia i sintomi diventano sempre più evidenti fino a compromettere le relazioni sociali e le attività di vita quotidiana. Ci sono dei sintomi iniziali che però non vanno sottovalutati e sono proprio questi che potrebbero rappresentare un esordio di demenza. Le principali caratteristiche sintomatologiche della malattia di Alzheimer sono:

- **Amnesia:** la perdita di memoria è spesso il primo segnale che fa sospettare la malattia. La persona non ricorda ad esempio dove ha messo le chiavi di casa, dimentica eventi o avvenimenti importanti, si perde perché non ricorda più la strada del ritorno. Esistono vari tipi di memoria e nella malattia di Alzheimer viene colpita la memoria episodica, quella che contiene tutti gli avvenimenti della vita. Sembra che la memoria a lungo termine rimanga lucida nella mente, infatti il paziente ricorda avvenimenti ed eventi del passato, mentre quella a breve termine è la più colpita in quanto spesso la persona non rammenta ciò che è avvenuto ieri o anche 5 minuti prima. La memoria semantica: è il magazzino neurologico che contiene il significato delle parole, di regole e contiene le conoscenze del mondo in maniera organizzata. Il paziente ha difficoltà ad attribuire significato alle parole e richiamare le conoscenze generali acquisite. La memoria

procedurale: è la memoria di come si fanno le cose, di come si usano gli oggetti. Questa perdita rende difficile l'espletamento di gesti quotidiani come lavarsi, vestirsi, mangiare.

- **Aprassia:** che indica la perdita di capacità di effettuare movimenti finalizzati e organizzati sebbene la capacità motoria sia rimasta intatta come l'incapacità di aprire la porta o allacciarsi le scarpe.

- **Afasia:** è il termine che definisce l'alterazione o l'incapacità di parlare o di capire il linguaggio. Si può presentare in diversi modi: come la sostituzione di una parola con un'altra di significato diverso o con una parola dal suono simile a quella sentita, oppure si può manifestare anche con la ripetizione di una parola sentita da altri.

- **Agnosia:** è il termine per indicare la perdita della capacità di riconoscere gli oggetti e/o le persone. Il paziente può infatti usare un oggetto in modo inappropriato come ad esempio una scarpa al posto di una tazza e può non riconoscere le persone/familiari che gli stanno intorno non ricordandosi nemmeno il nome.

- **Comunicazione:** la comunicazione con il paziente affetto da Alzheimer diventa, con il progredire della malattia, sempre più difficoltosa. La persona non riesce più a spiegarsi con i familiari e spesso questo lo porta all'isolamento e alla depressione.

- **Cambiamenti di personalità:** all'inizio della malattia spesso il paziente prova dei sentimenti di tristezza, di autosvalutazione perché è consapevole delle sue difficoltà. Una persona, sempre stata tranquilla potrebbe avere dei comportamenti aggressivi; sono comuni, infatti, diversi e frequenti cambiamenti d'umore che si accompagnano a scoppi d'ira apparentemente immotivata, ma che ad un'osservazione più attenta si comprende come questi agiti siano collegati al senso di impotenza, di smarrimento che il paziente vive.

- **Cambiamenti di comportamento:** spesso il malato di Alzheimer è solito avere stati di agitazione, aggressività, incontinenza, insonnia e il vagare senza una meta precisa. I disturbi a cui va maggiormente incontro sono ansia, apatia, depressione.

## 1.5 Fattori di rischio e fattori comportamentali

Non esistono delle prove certe che stabiliscano quali persone siano a rischio o meno di contrarre la malattia di Alzheimer; sembrerebbe però che ci sia una pluralità di fattori che possono essere determinanti per contrarre la malattia come età, sesso, genetica. La speranza di vita è molto aumentata negli ultimi anni e questo fa sì che la popolazione anziana sia maggiormente rappresentata rispetto al passato. L'età, come già detto in precedenza, è il principale fattore di rischio[6].

Fattori genetici possono predisporre in un numero molto limitato di famiglie; i figli possono ereditare dai genitori una parte di DNA responsabile dell'insorgenza della malattia, l'età di esordio è all'incirca la stessa. Nella maggior parte dei casi però la malattia non è ereditaria; il fatto è che è una malattia abbastanza comune e non è infrequente che all'interno di una famiglia ci possano essere più soggetti colpiti[7].

È stato scoperto inoltre un collegamento tra il cromosoma 21 e 6 e la malattia d'Alzheimer; infatti, si è visto che i soggetti Down arrivati alla mezza età hanno più probabilità di contrarla. Sembrerebbe che anche i traumi cranici possano determinare la malattia, soprattutto se si è subito un trauma cranico dopo la mezza età.

Livello cognitivo, dieta, livello di attività fisica, diabete di tipo 2, livello di consumo di alcol, disturbi dell'umore, ipertensione, ipercolesterolemia e fumo sono stati proposti come fattori di rischio modificabili per la malattia di Alzheimer[8].

È stato evidenziato che, l'istruzione e relativo allenamento cognitivo può esercitare effetti diretti sulla struttura del cervello nei primi anni di vita, aumentando il numero di sinapsi, la vascolarizzazione e la creazione di riserva cognitiva. Anche l'esercizio mentale e la continua informazione risultano essere molto efficaci per la prevenzione della malattia. L'attività fisica è un elemento fondamentale: un recente studio trasversale di 9344 donne, di 65 anni e più, ha trovato una minore prevalenza di deterioramento cognitivo tra coloro che hanno riferito di essere fisicamente attivi rispetto a quelli che hanno riferito di essere inattivi nelle diverse fasi della loro vita, per questo l'attività fisica potrebbe rappresentare un fattore protettivo importante e potente per il declino cognitivo e demenza nelle persone anziane. Camminare a ritmo sostenuto per 40 minuti 3 volte alla settimana, riduce l'atrofia del cervello e migliora le altre funzioni cognitive.

Per quanto riguarda il fumo l'astenersi sembrerebbe promuovere la riduzione del numero di persone che sviluppano la malattia d'Alzheimer e la demenza vascolare[9].

La dipendenza dal fumo di sigarette porta a molte complicanze, tra cui quelle vascolari, provoca lo stress ossidativo delle cellule cerebrali con conseguente accelerazione dei processi d'invecchiamento. Anche fattori dietetici e stili di vita salutari possono influenzare il rischio diminuendo la possibilità di contrarre la malattia. E' importante ridurre al minimo grassi saturi che portano alla comparsa di malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2, entrambe associati ad un aumento della malattia di Alzheimer. E' importante favorire il consumo di ortaggi, legumi, frutta e cereali integrali che invece forniscono micronutrienti salutari per il cervello

## **1.6 Stadi dell'Alzheimer**

La malattia di Alzheimer è una malattia progressiva, con esordio e sintomi non sempre uguali per tutti. Sulla base delle manifestazioni cliniche presentate dal soggetto sono stati individuati 3 stadi di malattia[4].

- Stadio 1- amnestico: dura circa dai 2 ai 4 anni. In questa fase il paziente può presentare perdita significativa della memoria (soprattutto quella a breve termine), disturbi del linguaggio, disorientamento, non riconoscimento dei luoghi familiari, perdita d'iniziativa, difficoltà nel prendere decisioni, segni e sintomi di depressione e/o aggressività, perdita di interesse verso i proprio hobby e le proprie attività.

- Stadio 2- della demenza: può durare da 2 a 10 anni. In questa fase i disturbi cognitivi si riflettono molto sulla vita quotidiana e sul caregiver in quanto nel paziente c'è una progressiva perdita di autonomia. Il malato perde l'interesse per la cura della propria persona e per l'alimentazione. Nella fase intermedia la persona può dimenticare molto facilmente (anche fatti avvenuti poco prima e nomi di persone), non è più in grado di vivere da solo, diventa incapace di cucinare, stirare, pulire e fare acquisti, necessita assistenza per l'igiene personale, vestirsi, usare il telefono, scrivere. Sviluppa ulteriori problemi nel linguaggio, si smarrisce, presenta disturbi di comportamento e può avere allucinazioni o deliri. In questa fase diventa necessaria un'assistenza assidua.

- Stadio 3- vegetativo: può durare da 1 a 3 anni, il paziente perde completamente la sua autonomia, non è più in grado di alimentarsi, vestirsi, comunicare. Ha bisogno di assistenza continua. Nella fase terminale la persona può avere difficoltà ad alimentarsi, non riconoscere parenti, amici, personaggi famosi, oggetti noti, avere difficoltà a capire o interpretare gli eventi, essere incapace di riconoscere strade, vie che portano a casa, difficoltà a camminare, incontinenza per feci e urine, atteggiamenti inappropriati in pubblico. In questa fase inoltre il paziente può anche essere confinato in una sedia a rotelle e/o a letto.

## **1.7 Terapie farmacologiche**

Attualmente, non esiste ancora un trattamento farmacologico in grado di guarire la malattia di Alzheimer, cioè di restituire al paziente le funzioni cognitive e la memoria[10].

I farmaci maggiormente usati sono quelli che aumentano i livelli di acetilcolina, visto che l'Alzheimer porta a una diminuzione di questa sostanza. Sono 8 denominati "acetilcolinesterasici", hanno la funzione di bloccare un enzima che demolisce l'acetilcolina e sembrerebbe che siano in grado di rallentare l'evoluzione della malattia, la perdita dell'autonomia e migliorare il controllo di alcuni disturbi comportamentali come l'apatia e sintomi psicotici.

Per i pazienti con moderata e/o severa malattia di Alzheimer viene usata la memantina: questa agisce bloccando l'effetto dannoso del glutammato, mentre i tre inibitori della colinesterasi sono donepezil, galantamina, rivastigmina e vengono utilizzati nella fase lieve o moderata della malattia. Inoltre anche i farmaci antidepressivi possono essere utili al paziente in quanto la frustrazione per l'avvenimento e la continua ed incessante perdita di pezzi della memoria porta molto spesso a depressione e chiusura in se stessi.

Sia gli inibitori dell'acetilcolinesterasi che la memantina vengono distribuiti gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale, dopo una valutazione del paziente presso le Unità di Valutazione Alzheimer. Purtroppo non tutti i pazienti rispondono positivamente al trattamento, ma un tentativo va sempre fatto con tutti a meno che non ci siano delle controindicazioni importanti.

## **1.8 Assistenza infermieristica**

Gli interventi infermieristici diretti al paziente con malattia di Alzheimer sono finalizzati a mantenere la sicurezza fisica dell'assistito, ridurre l'ansia e l'agitazione e i disturbi legati al sonno, a promuovere l'indipendenza nelle attività di cura di sé, mantenere un'alimentazione adeguata, migliorare la comunicazione e la socializzazione[11].

L'assistenza al paziente interessa particolarmente il caregiver, in quanto molte volte i pazienti affetti da Alzheimer vengono accuditi a casa dai loro familiari. Affinché il paziente si senta bene deve essere predisposto un ambiente familiare, sicuro e ordinato che permetta al paziente di muoversi senza difficoltà e senza pericoli, togliendo tutte le possibili fonti di rischio per le cadute ed evitando le contenzioni per non creare sentimenti di agitazione ed irrequietezza .

Per ridurre l'aggressività e l'agitazione è utile distrarre il paziente spostando l'attenzione su un altro argomento o usando metodi alternativi come la musica, il dondolamento, il disegno, che possono contribuire a tranquillizzare il paziente . Inoltre, rilevante è garantire un sonno e riposo adeguato, adottando se necessario delle tisane o della musica, facendo praticare attività quotidiane, esercizio fisico per favorire il riposo notturno ed evitare i lunghi riposini durante la giornata. La notte è preferibile tenere le luci notturne accese nel caso il paziente dovesse muoversi o alzarsi dal letto.

L'alimentazione, se non adeguata, può influire negativamente sull'avanzare della malattia ed anche come alcuni alimenti possono favorire la memoria. È necessario per questo mantenere un'alimentazione corretta, per agevolare il paziente sarebbe meglio sminuzzare il cibo in piccoli bocconi ed addensare i liquidi favorendone un consumo di almeno 1 litro e mezzo al giorno(nel caso in cui il paziente abbia problemi di deglutizione), inoltre si potrebbe controllare la temperatura dei cibi per evitare delle ustioni involontarie.

Il momento del pranzo e della cena sono molto utili al paziente per sentirsi integrato con la famiglia e stare a tavola tutti insieme ha ricadute positive sull'umore del paziente ed è una delle prerogative per farlo stare meglio. Pilastro fondamentale per il benessere del paziente sono la comunicazione e la socializzazione. Egli rendendosi conto di non ricordare tutto perfettamente come prima e di avere dei problemi tende a chiudersi in se

stesso e a non socializzare, pensando di essere un peso, di essere inutile cadendo così in depressione.

In linea generale l'infermiere o il caregiver per parlare con il paziente deve usare frasi chiare, di facile comprensione poiché il paziente dimentica il significato delle parole, o ha difficoltà ad esprimersi e a organizzare i pensieri. Un atteggiamento tranquillo e gentile, spiegazioni chiare e semplici contribuiscono a dare un senso di sicurezza al paziente e a diminuire la confusione mentale. Elenchi o istruzioni scritte possono servire all'assistito come promemoria (se già la lettura non è stata compromessa) e possono risultare molto utili. Abbracci, gesti, sorrisi sono tutti dei metodi che possono facilitare la comunicazione e la comprensione tra due interlocutori, incoraggiandone il buon umore. Anche la socializzazione è molto importante, soprattutto nelle prime fasi della malattia; vedere i vecchi amici, ricevere lettere e telefonate possono essere di conforto e possono aiutare il paziente a sentirsi meno solo e abbandonato nella sua situazione. La ricerca ha dimostrato che quando gli infermieri offrono questi supporti, gli anziani sono in grado di mantenere altri livelli di salute reale e percepita[12].

## **Capitolo 2. Approcci non farmacologici**

### **2.1 Definizione**

Per approccio non farmacologico intendiamo qualsiasi intervento non chimico, mirato e replicabile, basato su una teoria, condotto con il paziente o il caregiver, potenzialmente in grado di fornire qualche beneficio rilevante[13].

Le “Terapie non farmacologiche” (TNF) nel trattamento delle demenze costituiscono un rilevante supporto che si affianca sinergicamente al trattamento farmacologico e sono rivolte alla persona malata, al caregiver ed al personale sanitario. Le terapie non farmacologiche, coinvolgono attivamente la persona curata e si fondano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue, allo scopo di sostenere e attivare, con un progetto assistenziale individualizzato, le funzioni mentali non completamente deteriorate, al fine di mantenere la massima autonomia possibile, rallentare la progressione della disabilità ed evitare l’isolamento sociale coinvolgendo in prima persona il malato.

### **2.2 Ambiti di attuazione**

Gli ambiti di cura delle TNF possono riguardare: la cognitività, le funzioni neuro-sensoriali, l’affettività, il linguaggio, il sonno, l’alimentazione, le funzioni motorie, l’autonomia personale e le relazioni interpersonali[14].

Nella demenza vengono individuati diversi stadi di gravità e 4 step importanti nella progressione della malattia che vanno dall’autonomia alla totale dipendenza funzionale:

- 1) deterioramento cognitivo breve
- 2) disturbi comportamentali,
- 3) grave deficit nelle BADL (attività di base della vita quotidiana)
- 4) stato vegetativo.

Pertanto, gli interventi cognitivi, comportamentali e ambientali avranno un ruolo diverso nelle varie fasi di malattia.

È stato approvato il 30 ottobre 2014, dalla Conferenza Unificata l’accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento Piano Nazionale Demenze (PND) –

Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.9 del 13-1-2015[14].

Il piano, prevede la riorganizzazione ed il potenziamento della rete dei servizi quali centri diurni, strutture residenziali e semi-residenziali, istituti di riabilitazione al fine di garantire una diagnosi e relativa presa in carico quanto più precocemente possibile. Prevede, parimenti, la promozione di un corretto approccio alla persona malata ed ai suoi familiari rispetto le problematiche da affrontare nei vari stadi della malattia e nei diversi setting di cura. Ad oggi la messa in atto di quanto previsto dal piano non è stata possibile per la quasi totale mancata copertura finanziaria.

L'atto valutativo, da semplice strumento di misurazione e descrizione, diventa mezzo per individuare obiettivi di cura condivisi da tutti coloro che ruotano attorno al malato, obiettivi che varieranno non solo tra i diversi pazienti, ma anche per il singolo soggetto nell'arco della malattia.

## **Capitolo 3. Il metodo Montessori e l'Alzheimer**

### **3.1 Il metodo Montessori**

Maria Tecla Artemisia Montessori nata a Chiaravalle il 31 agosto 1870 è stata medico, neuropsichiatra infantile, pedagogista, educatrice e filosofa italiana, nota per il metodo educativo che prende il suo nome, adottato in migliaia di scuole in tutto il mondo, fu tra le prime tre donne a laurearsi in medicina in Italia[15].

L'idea alla base del suo modello d'insegnamento è che il bambino vada lasciato libero di esplorare il mondo che lo circonda, con la certezza che ci sia un impulso nel suo essere che lo spinge verso l'apprendimento. In questo senso è la sua curiosità ad essere il vero motore dell'apprendimento che, se lasciato agire senza interferenze lo porterà a sviluppare al massimo le proprie capacità conquistando il mondo con la forza della sua intelligenza. Compito dell'adulto è quello d'intervenire con metodo sulla predisposizione e strutturazione dell'ambiente educativo, che deve essere organizzato e preparato ad accogliere i bambini rispetto la scelta del materiale da utilizzare ai fini dello sviluppo e sulla ridefinizione del ruolo e della funzione dell'educatore[16].

Il primo elemento che per la Montessori riveste un ruolo fondamentale per lo sviluppo e la crescita dei bambini è l'ambiente. La scuola viene chiamata dalla Montessori la "casa dei bambini" perché simile all'ambiente di vita naturale del bambino. Necessita di essere organizzata in modo tale da suscitare l'interesse del bambino e venire incontro al desiderio e al bisogno di movimento, di scoperta e di esplorazione autonoma. I bambini debbono avere la possibilità di avere direttamente il possesso degli oggetti e dei materiali di cui, in quel momento, ritengono di aver bisogno, prendendoli dai tavoli, dagli scaffali e armadi.

Ruolo dell'educatore sarà quello di rendere disponibile questo materiale senza il suo intercedere. Il bambino in questo modo non incontra più ostacoli strutturali che possano inibire il suo naturale sviluppo senza essere vincolato alla disponibilità ed a volte ai voleri, spesso estemporanei e casuali, dell'insegnante. I luoghi e gli arredi devono essere pensati tenendo conto dell'età e della corporatura dei piccoli e costruiti all'insegna della leggerezza in modo che, proprio a causa della loro fragilità, rivelino un utilizzo sbagliato da parte di coloro che ne fanno uso. Per questo motivo, nelle scuole montessoriane

vengono utilizzati piatti di ceramica, bicchieri di vetro, soprammobili fragili: i bambini sono, in questo modo, invitati a coordinare i movimenti con esercizi quotidiani di autocontrollo, autocorrezione e prudenza. L'organizzazione dell'ambiente è di fondamentale importanza affinché il bambino acquisisca coscienza delle proprie capacità. Lo scoprire l'uso delle sue mani (l'organo dell'intelligenza per la Montessori è proprio la mano) e l'essere sempre più sicuro nella deambulazione, fa divenire il bambino sempre più indipendente. La filosofia alla base del metodo montessoriano si rivolge principalmente alle "attività di vita pratica", cura della persona e cura dell'ambiente: il lavarsi, vestirsi, allacciare le scarpe, spolverare, travasare, stirare, lavare, sbucciare, spremere, trasportare, apparecchiare ecc...

È così che il bambino perfeziona l'esperienza dei propri sensi, facendo "ordine" nelle proprie scoperte avvenute grazie anche ai materiali predisposti a questo scopo. Assume un ruolo fondamentale il materiale messo a disposizione delle persone ovvero il suo utilizzo utile a favorire lo sviluppo attraverso l'educazione dei sensi, fornendo una solida base all'intelligenza e rivestendo per il bambino una "esatta guida scientifica" per la sua attività di organizzazione e classificazione dei contenuti di esperienza. Dunque "Aiutami a fare da me!" è un aforisma che riassume l'intero metodo di Maria Montessori.

"Aiutami a fare da solo": è quanto ogni bambino chiede agli adulti, in silenzio e da sempre. Richiama gli insegnanti e gli educatori a non interferire con precipitazione nel suo sviluppo ma a fornirgli gli aiuti opportuni ed al giusto tempo come risposta alle sue necessità: i bambini imparano da soli. L'infante è già spinto naturalmente, ai fini della sopravvivenza, ad agire per conoscere ed apprendere attraverso la propria esperienza.

### **3.2 Cameron J. Camp e il metodo Montessori**

È Cameron J. Camp che utilizzando il metodo del programma Montessori, costruisce un approccio alternativo, non farmacologico, nei confronti della persona affetta da demenza. Il suo fine è quello di mantenere e/o rinforzare le capacità di base e le abilità necessarie a svolgere le attività di vita quotidiana delle persone affette da questa malattia.

Cresciuto a Oklahoma City e Tyler, Texas, dopo aver sposato sua moglie Linda, attualmente insegnante del Metodo Montessori, ha frequentato l'Università di Houston

per completare la sua laurea in Psicologia. Nel 1979 ha conseguito il dottorato in Psicologia sperimentale[17].

A New Orleans ha cominciato a lavorare con persone affette da demenza iniziando ad assumere dati circa gli interventi rivolti a questi utenti. Successivamente si trasferisce a Cleveland, Ohio dove lavora presso il Myres Reserch Institute del Menorah Park Center per anziani al fine di concentrarsi sulla ricerca applicata e tenendo seminari sul programma Montessori per la demenza.

Egli, in un suo recente articolo (Camp, 2010)[18], ripercorre la sua più che trentennale attività, sintetizzando le tappe che hanno condotto alla messa a punto della versione finale del Programma Montessori per la Demenza (MPD). I dati che offre alla comunità scientifica appaiono chiari: le tecniche Montessori sembrano molto adeguate alle persone con demenza.

Lo strumento creato da Camp e dal suo staff per la valutazione degli effetti prodotti dal MPD è costituito dalle MPES (Menorah Parco Engagement Scale) destinate a cogliere le caratteristiche dell'impegno del soggetto durante le attività. Sono state individuate quattro categorie di impegno:

- impegno Costruttivo (CE), che implica l'interazione diretta – verbale o fisica – tra la persona con demenza e l'attività target (per es. il parlare sull'attività al direttore dell'attività);
- impegno Passivo (PE) comporta il guardare l'attività senza prendere direttamente parte in essa. Sia l'impegno costruttivo che l'impegno passivo sono considerati forme positive di impegno in quanto le persone con demenza a volte hanno bisogno di guardare semplicemente un'attività prima di ottenere la fiducia necessaria per iniziare a partecipare attivamente in un secondo momento.
- self-impegno (SE) è stato definito come l'impegno con sé stessi, piuttosto che l'attività target, come ad esempio il raccogliere i propri vestiti, il parlare a te stesso, ecc.
- non impegno (NE) è stato definito come il sonno o sguardo fisso nel vuoto per 10 secondi o più.

In uno studio iniziale[18], sono state effettuate osservazioni di 10 minuti ciascuna su nove persone con demenza durante la programmazione basata sul metodo di Montessori e su dieci persone con demenza durante la regolare programmazione di attività presso un centro sanitario diurno per adulti. Le persone osservate durante la programmazione hanno mostrato una tipologia di impegno molto più costruttiva e di impegno meno passivo di quanto non abbiano fatto le persone che seguono una comune programmazione di recupero.

In un secondo studio, oltre a utilizzare i MPES, è stato adottato il Affect Rating Scale (ARS), sviluppato da Lawton, Van Haitsma, e Klapper (1996), una misura standardizzata e validata del piacere, rabbia, ansia/paura e tristezza. Ogni sessione di registrazione dei dati era focalizzata su una sola persona. Questi pazienti con demenza avanzata hanno mostrato impegno molto più costruttivo e impegno meno passivo, così come più piacere, durante le attività basate sul metodo, rispetto al gruppo di controllo.

Questi risultati sono stati ulteriormente confermati (Cohen-Mansfield, Dakheel-Ali e Marx, 2009)[19], portando a ribadire che l'impegno è l'elemento cruciale nel qualificare la vita dei pazienti e, conseguentemente, per valutare il successo degli interventi loro diretti.

Diversi sono gli studi successivi a questi primi di Camp, volti a sviluppare programmi di intervento capaci di attualizzare le potenzialità dei principi della didattica montessoriana con pazienti affetti da svariati tipi di demenza. Il più delle volte, si tratta di studi il cui limite riconosciuto è rappresentato dal basso campione di pazienti preso in esame ma, nel complesso, essi costituiscono un punto di riferimento assai interessante per la ricerca futura.

Rose, Camp, Skrajner, & Gorzelle (2003)[20], hanno condotto uno studio su 9 pazienti con demenza e sulle loro famiglie. L'obiettivo era di valutare l'incidenza delle attività montessoriane sul il livello di interazione tra i soggetti con demenze e i loro visitatori. In particolare, con l'obiettivo di vedere se tali attività comportassero la diminuzione del livello di passività o di poca attività nell'interazione reciproca, durante le visite dei pazienti. Lo studio condotto ha dato risultati molto positivi in termini di piacere e di gradimento sia nei pazienti sia nei familiari nonché di riduzione dei tempi di poca attività e di inattività nelle interazioni tra pazienti e parenti visitatori.

Gorzelle, Kaiser, & Camp (2003)[20], hanno condotto uno studio per consentire a coloro che svolgono l'assistenza domiciliare, di utilizzare i metodi montessoriani per trattare i propri pazienti con demenza. Statisticamente, è stata osservata nei pazienti che hanno ricevuto il trattamento una maggiore soddisfazione, maggiori risultati apprenditivi, un basso livello di non-collaborazione, di ansietà e di comportamento poco appropriato.

Camp & Skrajner (2004)[21], hanno condotto uno studio su alcuni pazienti con età compresa tra 74 e 91 anni coinvolti in attività basate sui metodi Montessori per il trattamento della demenza, centrati in particolare sul coinvolgimento di alcuni di loro in compiti di guida delle attività stesse. È stato osservato che il paziente-guida era in grado di seguire il gruppo senza il supporto dello staff e che tutti i giocatori apparivano generalmente calmi durante la sessione delle attività. Il programma ha prodotto soddisfazione e un senso di autostima nei pazienti-guida che, a turno, coordinavano la attività.

Mahendra, Hopper, Bayles, Azuma, Cleary, & Kim (2006)[22], hanno condotto uno studio per vedere i tipi di pazienti più appropriati per la somministrazione del metodo montessoriano. Lo studio condotto ha dimostrato che i pazienti con Alzheimer sono in grado di insegnare e di guidare un gruppo di pari e di bambini. Inoltre si è notato un atteggiamento più attivo e meno passivo nei soggetti con demenza. Rispetto alle metodiche di trattamento usuali, i metodi montessoriani si sono rivelati efficaci nel portare benefici nelle performance cognitive, nell'aumento dei livelli di impegno, nel miglioramento dello stato affettivo e delle interazioni sociali dei pazienti, più e delle attività di routine.

Lee, Camp, & Malone (2007)[23], hanno condotto uno studio per vedere se la ripetizione delle stesse attività producesse un effetto positivo sull'impegno dei pazienti affetti dalla demenza. Durante le osservazioni, si è rilevato l'aumento di comportamenti collaborativi seguiti da momenti di tranquilla inattività. Nel tempo si è osservato anche un miglioramento dell'impegno e della cura dei pazienti verso se stessi.

Jarrott, Gozali, & Gigliotti (2008)[24], hanno condotto uno studio per vedere gli effetti dei metodi montessoriani sui pazienti affetti da ADRD, di età compresa tra i 74 e 97 anni. Statisticamente si è notato che il tempo riservato all'impegno e all'attenzione da parte dei pazienti, rispetto ai tempi di impegno ed attenzione presenti durante altri tipi di attività, è

significativamente più alto. Si è notato, inoltre, che il tempo di non-attività da parte dei pazienti con demenza è diminuito.

Giroux, Robichaud, & Paradis (2010)[25], hanno condotto uno studio su alcuni pazienti con moderata e avanzata demenza coinvolti in programmazioni montessoriane. Essi hanno osservato che, quando le attività proposte corrispondevano alle propensioni e ai bisogni delle persone trattate, si sono verificate: una maggiore attività, il miglioramento della cura di se stessi, maggiori segni di gradimento e di piacere.

Lin, Huang, Su, Watson, Tsai, & Wu (2010)[26], hanno condotto uno studio su 82 pazienti affetti da demenza per vedere se l'utilizzo dei metodi montessoriani contribuisse a rallentare le loro difficoltà nell'alimentazione. I risultati dello studio hanno mostrato un significativo rallentamento delle difficoltà nell'alimentazione e una conseguente diminuzione del bisogno di assistenza durante i pasti.

Mahendra, Hopper, Bayles, Azuma, Cleary, & Kim (2006) analizzano cinque articoli centrati sull'utilizzazione dell'approccio montessoriano nel trattamento della demenza senile di Alzheimer. Dalla review, emerge che le ricerche sono caratterizzate da deboli-moderati livelli di evidenza. I risultati clinici mostrano che le attività montessoriane apportano maggiori benefici sulle performance cognitive dei pazienti, rispetto ai comuni programmi di riabilitazione. Dei cinque articoli presi in esame, solo uno esegue test standardizzati e solo tre stabiliscono diagnosi affidabili di demenza senile riconducibile ad Alzheimer. La conclusione cui pervengono gli autori è che il metodo montessoriano risulta più efficace nei casi di demenza senile moderata e con soggetti con abilità visive e uditive affidabili.

Camp e Lee (2011) hanno condotto una review di numerosi studi sull'utilizzazione di attività montessoriane in programmazioni intergenerazionali che prevedono che anziani con demenza svolgano il ruolo di insegnanti o mentori di bambini o il ruolo di collaboratori di persone con demenza più severa. L'idea originale dell'approccio proposto deriva dall'osservazione condotta nelle scuole montessoriane su bambini più grandi che danno lezione a bambini più piccoli. L'obiettivo è quello di implementare ruoli sociali significativi per persone con demenza, di consentire agli adulti di utilizzare con soddisfazione la loro esperienza e le loro capacità residue e di sollecitare adulti e bambini a fare esperienza positiva dei processi di la trasmissione di conoscenza e capacità da una

generazione all'altra. Gli studi esaminati mostrano che persone con demenza possono svolgere con successo il ruolo di insegnanti e mentori, interagendo efficacemente con bambini in età prescolare.

### **3.3 Filosofia del Metodo Montessori in relazione al paziente affetto da Alzheimer**

Nel 1999 è stato pubblicato un manuale che descrive le attività basate sul Metodo Montessori che possono essere utilizzate con persone con demenza (Camp). Da allora è stato pubblicato in una varietà di lingue, tra cui francese, spagnolo, greco, giapponese e mandarino[27].

Oggi, programmi attivi sull'uso del Metodo Montessori adattato per le persone con demenza si possono trovare in Francia, Australia, Singapore, Spagna, Irlanda, Canada, Hong Kong, Taiwan, Svizzera e Stati Uniti. Sono in corso piani per espandere questo approccio in Germania, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica Ceca, Cina, Messico, Brasile, Argentina e portarlo "a casa" in Italia. Questi programmi si svolgono in centri diurni per adulti, residenze assistite, residenze di cura qualificate e strutture domiciliari. Il fattore unificante in tutti questi programmi è un insieme di valori fondamentali centrali nella filosofia Montessori: rispetto, dignità e uguaglianza.

Montessori trattava i bambini come persone; allo stesso modo, dobbiamo vedere la persona in una persona con demenza.

Creando materiali e ambienti che consentissero la realizzazione e un senso di scopo, Montessori ha enfatizzato ciò che un bambino era capace di fare. Ha instillato sia l'indipendenza che la capacità di lavorare in modo collaborativo nei suoi studenti. Un obiettivo finale era consentire al bambino di diventare un membro di una comunità e di una società che potesse contribuire in modi positivi e significativi. Allo stesso modo, il Metodo Montessori applicato alla demenza enfatizza l'uso delle capacità residue, la capacità di migliorare con la pratica e la necessità di consentire a una persona affetta da demenza di essere il più indipendente possibile, di impegnarsi in attività significative e avere ruoli sociali all'interno di una comunità connessa con il mondo più ampio.

Per le persone con demenza, la formazione implica l'enfasi sui valori precedentemente menzionati di rispetto, dignità e uguaglianza. I caregiver sono formati per dimostrare questi valori in tutte le interazioni con i residenti, ad esempio, rivolgersi sempre alla persona con demenza faccia a faccia e all'altezza degli occhi, piuttosto che parlare letteralmente con una persona su una sedia a rotelle. Fornire una scelta in ogni interazione con la persona con demenza è una caratteristica fondamentale di questo approccio, come tenere in alto due magliette e chiedere: "Ti piacerebbe indossare questa maglietta o questa maglietta?"

Avere l'opportunità di vedere i piatti di un menu consente alle persone con demenza di fare scelte informate durante i pasti. La scelta si estende quindi ai residenti che aiutano nella preparazione del cibo per i pasti, creando comitati per determinare i menu, le uscite, la selezione di intrattenimenti, la creazione di rituali per salutare i nuovi membri della comunità, le decisioni su come affrontare pacificamente i conflitti, ecc. Le attività si concentrano su principi come dimostrare come svolgere un'attività prima di chiedere a una persona con demenza di svolgerla (usando dimostrazioni chiare e lente oltre all'applicazione della lezione di tre periodi), scomporre le attività in fasi che possono essere eseguite una alla volta, uso estensivo di ausili esterni e modelli, ecc. Inoltre, le persone con demenza allo stadio iniziale imparano a guidare gruppi di persone con demenza più avanzata nelle attività.

I valori e principi etici che guidano il pensiero di Maria Montessori sull'educazione dei bambini possono allo stesso modo orientare la modalità di vedere la persona con demenza e di sostenerla nel nostro ruolo di caregiving, ossia[28]:

- il bambino è una persona, dunque un essere unico e speciale (parimenti ogni persona malata di demenza è un mondo a sé: dobbiamo riconoscerne le origini, la storia, gli interessi, le capacità peculiari, le paure, le preferenze, i valori, i ruoli che hanno avuto nella vita);
- l'ambiente va adattato in tutte le sue componenti in modo da andare incontro alle abilità fisiche e cognitive dei bambini (parimenti l'adattamento ambientale è fondamentale per contenere e/o prevenire determinati disturbi comportamentali

associati alla malattia, per garantire la sicurezza della persona, per rispondere in maniera più efficace ai suoi bisogni, per compensare i deficit cognitivi);

- la modalità di apprendimento migliore per il bambino è quella dell'«imparare facendo» attraverso il canale dell'imitazione (parimenti i sistemi di apprendimento procedurale sono disponibili nella persona con demenza, addirittura anche nelle fasi avanzate di malattia; ad oggi sappiamo come i neuroni specchio, responsabili dell'apprendimento attraverso il meccanismo dell'imitazione, permettano anche al malato di demenza di eseguire una procedura in seguito alla dimostrazione fisica di ciò che le chiediamo di fare);
- i bambini devono sentire di appartenere ad una comunità, al cui interno svolgere ruoli significativi “muovendosi” nello spazio e nelle relazioni nel modo più autonomo possibile (parimenti i comportamenti problematici delle persone con demenza possono venire ampiamente ridotti fornendo loro uno scopo per svegliarsi e uscire dal letto, dando loro piccole ma significative opportunità di scelta nel corso della giornata in modo da sostenere il più a lungo possibile la capacità di essere e sentirsi autonomi).

I concetti strutturanti pratici della filosofia montessoriana, applicabili anche alle persone con demenza, possono essere così riassunti:

- conosci la mia biografia e la mia autobiografia;
- aiutami a fare da solo e più che dirmi “come si fa” fammi vedere “come si fa”;
- lasciami ogni tanto in stand-by (ciò mi permette di riflettere sul mio apprendimento);
- tieni conto che la mia velocità di apprendimento è ridotta, quindi dammi il tempo di assorbire le informazioni;
- proponimi ambienti e materiali che io possa riconoscere, piacevoli per udito, vista, olfatto, tatto e gusto in modo da suscitare il mio interesse (l'interesse genera la concentrazione che a sua volta genera l'apprendimento);
- per apprendere impostami il lavoro: dal più semplice al più complesso, dal concreto all'astratto;

- proponimi attività leggermente più complesse rispetto a quello che sono in grado di fare (lavori troppo facili --> noia; lavori troppo difficili --> frustrazione);
- dai un senso evolutivo all'attività che mi proponi, crea una ritualità (ritualità --> automatismo, autonomia);
- ripartisci l'attività in diverse sequenze e procedi per tappe.

La dott.ssa Montessori considera la cura dell'ambiente di fondamentale importanza, infatti le classi Montessori furono il primo ambiente progettato specificatamente per i bambini; allo stesso modo, è ormai risaputo quanto lo spazio fisico e relazionale in cui è immersa la persona con demenza influisca sull'evoluzione e sulla manifestazione della sua malattia[20].

Secondo il Metodo Montessori l'ambiente dev'essere percepito come un contesto accogliente e familiare/domestico con tavoli, tovaglie, sedie e scaffalature su cui sono esposti a vista (per favorire la libertà di scelta) e in unica copia (per accrescerne il valore) i materiali utili per svolgere le diverse attività.

Nel campo delle demenze, il compito più difficile dell'operatore è saper continuamente adattare e modellare l'ambiente seguendo il percorso di evoluzione o involuzione di ciascuna persona e del gruppo nel suo insieme. Ciascuna attività non è da intendersi statica, ma con un ampio potenziale di cambiamento: così i lavori nello spazio vanno aumentando o diminuendo, complicandosi o semplificandosi o semplicemente variano per mantenere alto l'interesse. L'aspetto più importante è considerare sempre la persona come unica, quindi individualizzare il più possibile le attività.

La partecipazione delle persone non è necessariamente attiva, a volte è solo emotiva, ovvero sono attenti e coinvolti rispetto a ciò che accade nel gruppo di lavoro, mantenendo una sorta di "distanza di sicurezza". L'ambiente montessoriano prevede cinque tipologie di spazi in cui poter "allenare" diverse competenze[29]:

1. sensoriale;
2. della vita pratica;
3. linguaggio;

4. cognitiva;
5. della cura di sé.

I materiali hanno le seguenti caratteristiche:

- sono disposti in scaffali a vista;
- elastici (si plasmano, possono servire per più scopi);
- in unica copia (per l'educazione all'attesa);
- ordinati;
- attraenti;
- auto – correttivi.

Creare un “laboratorio montessoriano” all'interno di uno spazio più ampio (ospedale - casa di riposo – centro diurno - progetto sollievo) può essere utile, oltre come stimolazione in generale, anche per “far lavorare” la persona su quei pezzi di autonomia che le mancano

Es.: travasi col cucchiaino --> per tornare a mangiare in autonomia;

Es: attività delle allacciature --> per preservare la capacità di vestirmi in autonomia.

Il principio di fondo è dunque il seguente: se nella vita reale mi dimostri un' incompetenza, nel laboratorio ti faccio trovare un'attività utile per allenarti a colmare quella carenza in modo da divenire lentamente più competente nella quotidianità.

Diventa, tuttavia, fondamentale sensibilizzare la famiglia/l'equipe di cura affinché ci sia il più possibile una coerenza terapeutica tra “ciò che viene fatto in laboratorio” e “ciò che viene permesso alla persona di fare a casa o in struttura” (es: se nell'ambiente protetto lavoro sul potenziamento della manualità fine, poi non devo sostituirmi alla persona nell'atto dell'alimentarsi).

Infine, secondo il metodo montessoriano, è importante “educare nella relazione” seguendo questi punti[30]:

- far emergere la persona dall’anonimato, cercando di motivare al cambiamento la persona modificando la sua routine;
- lavorare con la fragilità avendo la RESPONSABILITÀ di avviare una relazione dialogica;
- avere il CONTROLLO EMOTIVO DI SE’;
- essere dotato di EQUILIBRIO, che pone nella condizione di accogliere l’instabilità altrui;
- riconoscere gli ospiti/le persone come PADRONI del proprio CORPO, della propria ABITAZIONE, della propria VITA, favorendo l’importanza di far fare delle scelte;
- essere facilitatore, regista, curatore dell’ambiente: l’importante è creare la condizione affinché le cose succedano, non farle fare (lavorare di progettazione);
- essere consapevoli che dall’OSSERVAZIONE parte l’AGIRE EDUCATIVO, così come l’agire organizzativo;
- il servizio che il facilitatore pensa deve rispondere ai bisogni di chi lo abita, non il contrario;
- l’adattamento deve essere dell’ambiente al paziente e non viceversa;
- diminuire il proprio operato affinché l’ospite cresca: il facilitatore decide come strutturare un’attività o un’azione e lascia l’ospite libero di agire.

### **3.4 Il metodo Montessori applicato alla demenza di tipo Alzheimer**

Alla luce delle comunanze e differenze sopra esaminate, quale risposta educativa può rappresentare il Metodo Montessori per persone affette da demenza di tipo Alzheimer? Se un’educazione dei bambini che non considera i bisogni individuali può essere nociva, anche l’individuo affetto da demenza di tipo Alzheimer ha bisogni specifici che vanno individuati e tenuti in considerazione. Pensare quindi alla trasferibilità del modello montessoriano

all'adulto con Alzheimer, inteso come metodo che valorizza la persona, non risulta così difficile se si ha come scopo quello di stimolare le risorse ancora presenti[31].

Ecco che il passaggio da Casa dei bambini a casa dei malati di Alzheimer potrebbe essere breve, nella misura in cui il concetto di casa, intriso dei principi montessoriani, venisse riproposto in modalità strutturata e non infantilizzante. Il dottor Cameron J. Camp negli anni Novanta, basandosi su vissuti personali con il metodo Montessori per i bambini progettò l'adattamento del metodo Montessori a persone con demenza (Montessori Programming for Dementia).

Altri studi sull'applicazione del Metodo Montessori hanno poi succeduto quelli del Dott. Camp con il fine ultimo di migliorare il ruolo sociale, i disturbi comportamentali e la nutrizione, altri aspetti critici nel malato di Alzheimer.

Nell'implementazione pratica ripresa da Elliot si sottolinea l'importanza di promuovere l'autonomia attraverso la cura dell'ambiente. In questo caso la stessa include anche la creazione di ruoli e routine per la persona con morbo di Alzheimer. L'accento è perciò posto sulla suddivisione in tappe delle varie attività, che in questo modo vengono ideate e preparate con l'obiettivo di sostenere l'autonomia, considerando interessi, bisogni e abilità della persona per poter in questo modo attingere alla memoria procedurale. Tutto ciò è utile che venga esposto all'interno di un programma giornaliero o settimanale, al quale la persona può fare riferimento. Questo programma, secondo l'autrice, contiene idealmente ruoli, routine e attività sia individuali sia di gruppo che permettano al soggetto di gestire autonomamente la quotidianità [32].

L'autonomia viene inoltre perseguita attraverso la libertà di scelta, altro fulcro montessoriano, che previene la sovrapposizione di decisioni prese da parte di altri, (anche se nell'interesse della stessa) con lo scopo ultimo di preservare una qualità di vita dignitosa[33]

Nel rispetto della persona anche la formulazione verbale richiede attenzione accurata con la proposta di sostituire la forma "potresti" (could) con "vorresti" (would). Nell'approcciarsi alla persona con un "ti piacerebbe ..." (would you like) si fa uso dell'empowerment e la persona non si sente sminuita, a differenza invece della forma "could you..." che porta piuttosto a pensare che venga richiesto se si è capaci di fare una determinata cosa.

È infatti compito della persona che sostiene il malato di Alzheimer la buona preparazione dell'ambiente per stimolare la libertà dell'individuo, che, come nel bambino, fa riferimento ad un'accurata osservazione. Ed è grazie a questa osservazione che sarà oltretutto possibile

presentare alla persona delle attività che rientrino nei suoi interessi richiamando quindi la centralità di essa nella modalità di intervento, uno dei principali assiomi montessoriani.

Con le persone affette da demenza questi vengono ripresi e riadattati: un esempio concreto è la riconoscibilità del piano in cui la persona si trova quando utilizza l'ascensore, oppure anche la riconoscibilità di locali ad uso quotidiano come la stanza da bagno attraverso la generazione di segnali creati sulla base di ciò che riconoscono le persone affette da demenza che ne usufruiscono. È importante che anche in questo caso i materiali propongano un'estetica, che come nel caso del bambino attiri l'attenzione, sia piacevole alla vista e al tatto, così da stimolare i sensi, come gli oggetti di vita quotidiana che per la persona con Alzheimer dovrebbero favorire lo stimolo della memoria e quindi, possibilmente anche portare a conversazioni riguardanti il passato[34].

Queste caratteristiche non concernono soltanto quanto esemplificato sopra, ma riguardano, più generalmente, tutti i materiali di vita quotidiana e tutti quelli che riguardano le attività proposte all'anziano con Alzheimer. Tutto ciò corrisponde a quello che la Montessori ha chiamato materiali di vita pratica e di sviluppo nell'utilizzo del metodo con i bambini. Come per i fanciulli, il metodo Montessori adattato all'Alzheimer propone quindi sia attività legate alla vita quotidiana (pratica), sia attività che toccano le abilità della persona. Nel bambino per il suo sviluppo, nell'anziano affetto da Alzheimer per il mantenimento di abilità e per la stimolazione cognitiva. In entrambe le occasioni è di centrale importanza la dimostrazione delle attività. Nel caso delle demenze è importante che quest'azione avvenga passo per passo, assicurandosi che ogni passaggio sia ben compreso e ripetendo, se necessario, la dimostrazione. Ripetizione che, insieme alla concentrazione, già la Montessori riteneva le condizioni migliori in cui il bambino potesse imparare (Balconi e Beretta, 2016). La concentrazione è tanto importante per i bambini quanto per gli anziani malati di Alzheimer e in merito sono stati svolti degli studi da parte dello psicologo Mihaly Csikszentmihaly (Poi, 2016, p. 65). Come da lettura precedente la persona con Alzheimer può manifestare comportamenti aggressivi se non a proprio agio (un po' come i bambini che entrano per la prima volta nelle Case dei bambini). Ecco dunque che la conoscenza degli interessi individuali e delle potenzialità permette di strutturare attività che genereranno concentrazione e che di conseguenza porteranno dei benefici anche sul comportamento della persona. Se la strutturazione dell'attività dovesse risultare troppo complessa andrebbero rivisti e semplificati tutti i passaggi. Dalla gerontologa Elliot viene messa in evidenza l'importanza da dare alla dimostrazione a gesti accompagnata da meno spiegazioni vocali possibile; questo è dato anche dal fatto che la memoria dichiarativa, alla quale fa capo il linguaggio, è intaccata dalla malattia,

a differenza della memoria procedurale, che è piuttosto legata all'esecuzione di gesti e movimenti. La dimostrazione delle attività è un concetto per il quale lo stadio della malattia è un punto di riferimento che permette di capire quanto si possa spiegare a parole e quanto sia necessario invece far capo alla dimostrazione gestuale. Negli stadi iniziali, infatti, la spiegazione verbale causa ancora meno confusione di quanto possa causare negli stadi più avanzati. Se le tappe dovessero essere molte è inoltre auspicabile dimostrare inizialmente solo alcune tappe e aggiungerne poi altre, una alla volta. Per ordine di logica la strutturazione in tappe va pensata in sequenza. L'esempio portato dall'autrice è quello del gesto di chiudere la cerniera del cappotto che può essere suddivisa nella seguente sequenza: per prima cosa che si prenda con la mano sinistra l'estremità sinistra in basso della cerniera, per poi con la mano destra prendere il lato destro in basso, trovare i due lati della cerniera che vanno incastrati, incastrare questi impugnando il "braccio" che permette di chiudere la cerniera, tirare quest'ultima in direzione del collo (Elliot, 2013, p. 134). La dimostrazione delle attività è un aspetto che si può riallacciare al concetto montessoriano di ordine dell'ambiente esterno. Questo, infatti, nel caso del metodo "tradizionale", riguarda tutto ciò che caratterizza l'ambiente e le attività stesse, oltre a rappresentare un modo per raggiungere una disciplina attiva (Balconi e Beretta, 2016). Questo concetto è caratterizzato secondo Annalisa Perino da varie sfaccettature (ordine del materiale; ordine spaziale; sonoro; corporale; temporale; relazionale ed emotivo). Il modo in cui avviene la dimostrazione, con l'accento messo sulla dimensione non verbale e sulla sequenza permette di dare un ordine che porta ad un ordine interiore nel soggetto che svolge l'attività. L'ordine del materiale si rispecchia nella presentazione materiale delle attività, come ad esempio la suddivisione all'interno di contenitori separati per ciascuna di essa. L'ordine spaziale riguarda l'importanza (già riportata precedentemente) di offrire alla persona un ambiente ordinato in modo da trasmetterle familiarità e sicurezza. L'ordine sonoro si ritrova invece nel mantenimento da parte dell'educatore di "un tono di voce basso, rassicurante e accogliente" e attraverso spiegazioni lente. Inoltre, durante il lavoro viene ricercato il silenzio per favorire calma e concentrazione. L'ordine corporale avviene attraverso il movimento cauto e silenzioso all'interno dell'ambiente. L'educatore parla soltanto quando lo ritiene veramente necessario e utile; altrimenti si dedica all'osservazione. I suoi movimenti sono "lenti, precisi e selezionati". Anche il concetto di ordine temporale è stato già affrontato (uso di azioni rituali e abitudinarie, come di calendari o altri supporti visivi per sostenere l'orientamento temporale). Infine, l'ordine relazionale ed emotivo si riferisce all'obiettivo di costruire una relazione di fiducia con la persona (Perino, 2016, pp. 52-55). Un'altra possibilità di portare ordine in quanto svolto è isolare una delle qualità fisiche che caratterizzano i materiali, che come esposto dalla

Montessori stessa, permette alla persona malata di raccogliere le informazioni in modo ordinato concentrandosi, come capita anche con i bambini, su un'informazione per volta. Le attività proposte al soggetto con Alzheimer è importante che si sviluppino in due direzioni: dal semplice al complesso e dal concreto all'astratto (e viceversa), a seconda delle necessità e abilità della persona. In questo caso, la memoria storica, non prevista a rigor di logica dal metodo Montessori, andrebbe integrata nella progettazione, affiancandola alla biografia e alla fase di demenza nella quale si trova la persona (Elliot, 2013, pp. 136-141). La persona che si occupa del malato di Alzheimer deve quindi riuscire a identificare le attività, i ruoli e le routine che risultano più adatte alla singola persona. Quanto semplice e concreta un'attività debba essere è direttamente legato allo stadio di demenza nel quale si trova la persona, più questo sarà avanzato, più l'attività dovrà risultare semplice e concreta; tutto ciò è la risultante di un'osservazione accurata, puntuale e costante sia sulla persona che sul gruppo

Come per i bambini[35], anche per i malati di questa demenza l'osservazione assume un ruolo fondamentale per la valutazione e la riprogettazione delle attività in risposta alla reazione dell'utenza.

Nell'accompagnamento delle persone con morbo di Alzheimer, soprattutto anche nell'utilizzo del metodo Montessori adattato, viene spesso fatto riferimento alla memoria procedurale nelle tecniche della riabilitazione (Bertone, 2016, pp. 39-40) come aspetto focale per permettere un mantenimento delle capacità residue e sopperire all'indebolimento della memoria dichiarativa (rappresentata dalla memoria più a corto termine, al linguaggio, eccetera). Risulta quindi importante supportare quest'ultima attraverso l'utilizzo di agende o lavagne bianche sulle quali esplicitare le informazioni che riguardano la giornata. Elliot ricorda inoltre come la ripetizione guidata e la pratica siano di enorme impatto per istituire una qualsiasi attività nella memoria procedurale, quindi permettere alla persona di migliorare nel suo svolgimento (2013, p. 142). Il concetto di memoria procedurale si può mettere in relazione con quello di mente assorbente.

Questo periodo va dai 0 ai 3 anni e rappresenta il lasso di tempo in cui il bambino assorbe inconsciamente le informazioni tratte dall'ambiente che lo circonda. Il linguaggio, ad esempio, nei primi due/tre anni viene assorbito per poi, verso i due anni, essere sviluppato in forma parlata dal bambino (Balconi & Beretta, 2016, p. 68). È proprio la forma di pensiero inconscia, più "primitiva", che accomuna la mente assorbente e la memoria procedurale. Quest'ultima infatti è rappresentata da quelle abilità e abitudini che vengono immagazzinate inconsciamente, come ad esempio l'andare in bicicletta, allacciarsi le scarpe, eccetera[36].

A complemento finale della progettazione delle attività vi è la presenza di controllo dell'errore. Grazie alla presenza di un controllo dell'errore l'anziano, come il bambino, migliorerà sempre di più nello svolgimento di queste, incidendo positivamente sull'autostima. Infine, le attività non vanno mai pensate per essere svolte in un'unica maniera. Quando vengono create andranno sempre presi in considerazione anche i possibili sviluppi di queste attività, a seconda dei progressi che farà la persona nel loro svolgimento o delle difficoltà che vi potrebbe riscontrare. Elliot parla in questo caso di programmazione verticale (verso una difficoltà maggiore o minore), ma anche di programmazione orizzontale attraverso la creazione di diverse attività sullo stesso livello di difficoltà. Inoltre, lo svolgimento e la durata delle attività dovranno essere flessibili garantendo che questi non siano predeterminati, ma flessibili e dipendenti dal soggetto che le svolge.

Come già menzionato in precedenza, sta all'educatore essere capace di osservare e di conseguenza riadattare se necessario le attività proposte. È possibile che i principi esposti in precedenza non siano sufficienti per l'accompagnamento della persona e in questo caso andrebbe ripresa, da professionisti competenti, un'analisi di tipo medico; le cause di un insuccesso potrebbero infatti essere connesse a dolori, depressione o altro ancora. Oltre che un nuovo tipo di osservazione per verificare se l'ostacolo sia semplicemente legato a un mancato interesse (Elliot, 2013, p. 147).

Il metodo montessoriano può rappresentare una risorsa importante nell'ambito delle demenze, applicando però i necessari adattamenti dati dalle caratteristiche del malato stesso e dalla sua caratteristica legata al momento di vita in cui si trova: l'anzianità. Siccome lo spazio di intervento in questo contesto riguarda solitamente le persone che si trovano in uno stadio intermedio, in cui al disorientamento (spaziale e temporale), alla perdita di memoria legata ad avvenimenti e informazioni recenti e difficoltà nella gestione della quotidianità si aggiungono elementi legati alle emozioni (paura, agitazione, irrequietezza, wandering, eccetera) è necessario affiancare alla progettazione montessoriana collaborazioni con la famiglia.

Anche se buona parte dei principi mirano al perseguimento dell'autonomia e alla dignità della persona, alcuni sono più direttamente riconducibili all'utilità per affrontare determinati sintomi delle fasi della malattia. In merito al primo stadio, i principi che possono giovare alla persona con Alzheimer sono: l'adattamento dell'ambiente e i principi ad esso collegato (es. materiali riconoscibili, estetica, ...); l'ordine e la valorizzazione della memoria inconscia (memoria procedurale, relazionata alla mente assorbente nel bambino). Questi principi, infatti, sostengono soprattutto le necessità della persona di mantenere un orientamento spazio-temporale, che rappresenta una delle prime difficoltà nell'Alzheimer, che però continua a

persistere negli stadi successivi. Per quel che riguarda invece piuttosto i sintomi del secondo stadio si possono citare i seguenti principi: promuovere l'autonomia attraverso la definizione ruoli e routine; proporre attività di vita quotidiana e che mirano al mantenimento di capacità e abilità; la creazione delle condizioni necessarie alla concentrazione grazie alla conoscenza di interessi e potenzialità individuali per ovviare comportamenti aggressivi; l'ordine; la memoria inconscia (o procedurale). Questi concetti montessoriani possono permettere difatti all'individuo di trovare più calma e serenità in occasione di sintomi quali l'agitazione, l'ansia, la paura e comportamenti aggressivi.

In conclusione risulta interessante la visione del neuropsicologo, nonché direttore di ricerca e sviluppo di *Accompagnement en Gérontologie et Développements* Erkes Jérôme: “occorre guardare al mondo con gli occhi degli anziani: non siamo ancora formati a questa visione quando parliamo di loro. Siamo più orientati ai loro problemi, piuttosto che alle loro abilità”[37].

## **Conclusione**

Ci auguriamo che questa descrizione del Metodo Montessori applicato alle persone con demenza sia servita a illustrare ulteriormente l'universalità e la portata internazionale della filosofia e dei valori di Maria Montessori.

Anche una lettura superficiale delle sue opere scopre che il suo obiettivo era trasformare la società. Al termine di una presentazione, in Francia, tenuta dal primo autore di questo articolo, su questo approccio alla cura della demenza, uno studente laureato ha commentato: “Ora ho capito. Non si tratta solo di trasformare l'assistenza alle persone con demenza. Si tratta di cambiare la civiltà”.

Il rispetto, la dignità e l'uguaglianza sono valori che possono effettivamente creare atteggiamenti e comportamenti civilizzanti su scala sociale. Quando i gruppi privati dei diritti civili vengono riconosciuti, gli viene data voce e vengono inclusi nella comunità più ampia, la nostra società e il mondo ne traggono vantaggio.

## Sitografia

- 1) Dati epidemiologici (salute.gov.it)
- 2) A pragmatic trial testing a tailored non pharmacologic therapies on nocturnal behavioral and psychological symptoms associated with dementia
- 3) <https://www.cen4ard.com/news/montessori-inspired-lifestyle-pledge/>
- 4) <https://www.alz.org/it>
- 5) Alzheimer Italia. la forza di non essere soli. Tratto da <http://www.alzheimer.it>
- 6) L'Alzheimer può essere prevenuto? | Associazione Alzheimer
- 7) Studi epidemiologici di fattori modificabili associati a cognizione e demenza: revisione sistematica e meta-analisi | | di salute pubblica BMC Testo integrale (biomedcentral.com)
- 8) Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of Alzheimer's disease - PubMed (nih.gov)
- 9) Smoking and increased Alzheimer's disease risk: a review of potential mechanisms - PubMed (nih.gov)
- 10) Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (nice.org.uk)
- 11) Brunner-Suddarth. Infermiere medico chirurgico. Casa Editrice Ambrosiana, III Ed, Milano 2006
- 12) Interventi infermieristici efficaci per la gestione della malattia di Alzheimer - PubMed (nih.gov)
- 13) EpiCentro - Portale di epidemiologia per gli operatori sanitari (iss.it)
- 14) Conferenza Unificata l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento Piano Nazionale Demenze (PND) – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.9 del 13-1-2015.
- 15) Maria Montessori - Wikipedia
- 16) Metodo Montessori: crescere Bambini Felici | Vania Lot Naturopata (vanianaturopata.it)
- 17) Cameron J. Camp - Erickson

- 18) Cameron J. Camp, Ph.D. *Hearthstone Alzheimer Care Origins of Montessori Programming for Dementia Nonpharmacol Ther Dement.* 2010 ; 1(2): 163–174  
Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2016/11/programma-montessori-per-la-demenza/>
- 19) Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D., Maha Dakheel-Ali, M.D., and Marcia S. Marx, Ph.D. *Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement.* *Am J Geriatr Psychiatry.* Author manuscript; available in PMC 2010 Apr 1. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Apr; 17(4): 299–307. Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2016/11/programma-montessori-per-la-demenza/>
- 20) Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D., Maha Dakheel-Ali, M.D., and Marcia S. Marx, Ph.D. *Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement.* *Am J Geriatr Psychiatry.* Author manuscript; available in PMC 2010 Apr 1. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Apr; 17(4): 299–307. Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2016/11/programma-montessori-per-la-demenza/>
- 21) Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D., Maha Dakheel-Ali, M.D., and Marcia S. Marx, Ph.D. *Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement.* *Am J Geriatr Psychiatry.* Author manuscript; available in PMC 2010 Apr 1. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Apr; 17(4): 299–307. Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2016/11/programma-montessori-per-la-demenza/>
- 22) <http://www.metisjournal.it/metis/anno-iv-numero-2-122014-suggestioni-montessoriane-ripensare-lumanita-a-partire-dallinfanzia/133-saggi/609-cognizione-incarnata-ed-educazione-dei-sensi-prospettive-di-lifelong-learning-a-partire-dalla-riflessione-montessoriana.html>.
- 23) <http://www.metisjournal.it/metis/anno-iv-numero-2-122014-suggestioni-montessoriane-ripensare-lumanita-a-partire-dallinfanzia/133-saggi/609-cognizione-incarnata-ed-educazione-dei-sensi-prospettive-di-lifelong-learning-a-partire-dalla-riflessione-montessoriana.html>.
- 24) <http://www.metisjournal.it/metis/anno-iv-numero-2-122014-suggestioni-montessoriane-ripensare-lumanita-a-partire-dallinfanzia/133-saggi/609-cognizione-incarnata-ed-educazione-dei-sensi-prospettive-di-lifelong-learning-a-partire-dalla-riflessione-montessoriana.html>

- 25) Giroux D, Robichaud L, Paradis M. Using the Montessori approach for a clientele with cognitive impairments: a quasi-experimental study design. *Int J Aging Hum Dev.* 2010;71(1):23-41. Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2016/11/programma-montessori-per-la-demenza/>
- 26) Lin LC, Huang YJ, Su SG, Watson R, Tsai BW, Wu SC. Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010 Oct;25(10):953-9. doi: 10.1002/gps.2433. Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2016/11/programma-montessori-per-la-demenza/>
- 27) Il metodo Montessori applicato alla demenza: una prospettiva internazionale (amshq.org)
- 28) Metodo Montessori e Demenze: strumenti e tecniche per il benessere della persona. Riflessioni post-corso (alzheimer-riese.it)
- 29) Montessori for Dementia and Ageing (montessoridementia.org)
- 30) Elliot, G. (2013). *Montessori Methods for Dementia: Focusing on the Person and the Prepared Environment.* Ohio: Center for Applied Research in Dementia.
- 31) <http://www.stateofmind.it/2016/11/programma-montessori-per-lademenza/>
- 32) A cluster-randomized crossover trial of Montessori activities delivered by family carers to nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia
- 33) <https://amshq.org/About-Montessori/Montessori-Articles/All-Articles/The-Montessori-Method-Applied-to-Dementia>
- 34) Poi, R. (2016). Prefazione. In A. Perino & R. Poi (a cura di), *Montessori incontra Alzheimer* (pp. 7-15). Recuperato da [www.fondazionemontessori.it](http://www.fondazionemontessori.it)
- 35) Poi, R. (2016). La cura della persona: dal bambino all'anziano affetto da Alzheimer. In A. Perino & R. Poi (a cura di), *Montessori incontra Alzheimer* (pp. 60-70). Recuperato da [www.fondazionemontessori.it](http://www.fondazionemontessori.it)
- 36) (Associazione Alzheimer onlus Riese Pio X°, 2017).
- 37) Regione Marche. (2017). Comunicati Stampa. Sito della Regione Marche. Recuperato <https://www.regione.marche.it/In-PrimoPiano/ComunicatiStampa?id=26662>

## **Ringraziamenti**

Questi tre anni sono stati un turbine di emozioni, si perchè ora posso affermare che si è trattato di uno dei percorso più difficile che io abbia mai dovuto affrontare.

Credo che in fondo io fossi la prima a credere che tutto questo sarebbe stato troppo per me, quando sono stata ripescata in questo corso di studi, non ero per niente convinta che questa fosse la mia strada. Ma purtroppo o per fortuna sono estremamente ostinata e ciò che inizio va portato a termine, nel bene e nel male.

Non è stato un percorso facile, gli ostacoli da superare sono stati tanti, mille paure ed insicurezze mi hanno sempre seguita durante tutto il cammino. Allo stesso tempo però le soddisfazioni sono state molte, le belle valutazioni dei tirocini, gli incoraggiamenti da parte di Infermieri e Professori, ma soprattutto i sorrisi dei paziente che mi hanno fatto credere che forse, per la prima volta, avevo intrapreso la strada giusta.

Alla fine di questi tre anni ho capito che l'ostacolo più grande da superare, quello che più e più volte mi ha fatto dubitare di me, sono stata proprio io. Ho avuto diverse battute di arresto è vero, e forse ad un certo punto credevo di non farcela più, ma finalmente oggi posso dire di avercela fatta, di aver raggiunto il mio obiettivo.

Tutto questo però non è stato solo merito mio, si perchè senza le persone a me care non sarei mai arrivata alla fine.. Prima di tutto voglio ringraziare le persone che mi hanno accompagnato in questi anni universitari, gli Infermieri dei reparti dove ho svolto il mio tirocinio, che ogni giorno mi hanno insegnato cose nuove, e mi hanno fatto sentire parte della squadra. Ai professori, che mi hanno seguito, soprattutto alla mia Relatrice, la Dottoressa Stefania Liberati, che mi ha spinto fino alla fine a dare il massimo e mi ha ricordato che posso raggiungere ogni obiettivo. Ringrazio la Dottoressa Garulli, per avermi aiutata nella stesura della mia tesi di Laurea e per avermi mostrato un Mondo meraviglioso.

Voglio ringraziare la mia Famiglia, Mamma e Papà per essere sempre stati dalla mia parte anche quando io non lo ero, di avermi sostenuto e incoraggiata sempre, per avermi spronato a realizzare tutti i miei sogni. Ai miei fratelli, Valentina e Gianluca, vi ho sempre ammirato, fin da bambina, per la grande forza di volontà e per la tenacia che avete sempre dimostrato. Mi avete ispirata a dare sempre il massimo.

Alla mia amata Nonna Antonia, forse la mia fan numero uno, per essere la mia seconda Mamma, per avermi cresciuta e amata sempre. Vedere i tuoi occhi colmi di gioia ogni volta che raggiungevo anche il più minuscolo dei traguardi, è stata la mia più grande soddisfazione.

Al mio Capitano, sì perchè sono sicura che quando tre anni non sapevo cosa fare e quale fosse la mia strada, mi hai guidato tu, e tutto questo percorso lo dedico a te, che mi manchi da morire ma so che mi guardi dall'alto e mi proteggi sempre.

E poi ci siete voi, la mia seconda famiglia, i miei super amici, che sono sempre stati al mio fianco, voglio ringraziare te Giulia, che ci sei sempre stata dalle superiori, grazie per aver condiviso con me paure, gioie e soddisfazioni, sei la mia migliore amica.

Ringrazio le mie amiche ballerine, tutte, dalla prima all'ultima, per avermi sempre regalato un sorriso e per ogni momento passato insieme, alla mia Maestra Valentina, per essere stata un esempio e una guida di vita.

Un grazie ai Pueri, dal più piccolo al più grande, perchè insieme portiamo avanti una realtà grande e bellissima, siete un pilastro essenziale nella mia vita.

Ringrazio l'immenso "Baoledda", per avermi accolta da bimba e di avermi cresciuto a infinite risate e mille esperienze.

Un pensiero speciale va ai miei compagni di percorso, per tutte le lezioni passate insieme e i mille momenti che abbiamo condiviso, specialmente te Cecilia, per essere stata la mia spalla, per aver condiviso con me tutto e per essere diventata tanto in poco tempo.

Infine voglio ringraziare la persona senza la quale non sarei ciò che sono, caro il mio Pietro, tu sei stato il mio faro nella tempesta. Grazie per avermi supportata e sopportata sempre, per aver ascoltato le mie paure e asciugato le mie lacrime, per aver gioito con me per ogni vittoria. Le ragioni per cui ti dovrei ringraziare sono infinite, ma forse il grazie più grande è per essere sempre stato al mio fianco, mano nella mano. Tu sei stato la mia forza più grande.

Concludo ringraziando me stessa, grazie per essere arrivata fino alla fine, grazie perchè nonostante tutto non hai mai mollato.