

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	I
CAPITOLO 1. QUADRO TEORICO	
1.1 Epidemiologia delle demenze.....	2
1.2 Classificazione delle più comuni cause di demenza.....	3
1.3 La demenza di tipo Alzheimer.....	5
1.4 Eziopatogenesi.....	7
1.5 Cause e fattori di rischio della malattia di Alzheimer.....	8
1.6 Trattamento tradizionale.....	9
1.7 Stadi del declino nel morbo di Alzheimer.....	9
1.8 Assistenza infermieristica.....	11
CAPITOLO 2. METODO MONTESSORI E DEMENZA	
2.1 Cenni storici: Maria Montessori.....	13
2.2 Il metodo Montessori e i suoi principi.....	14
2.3 L' applicazione del metodo Montessoriano nella persona affetta da demenza.....	18
2.4 Rischio dell' infantilizzazione dell' anziano fragile.....	19
2.5 Riprogettare l' ambiente: tra pericoli ed autonomia.....	20
2.5.1 La casa.....	21
2.5.2 Il centro diurno.....	22
2.5.3 Ospedale: come rendere la degenza un' occasione.....	23
2.6 Dalla teoria alla pratica: l' applicazione pratica del metodo.....	25
CAPITOLO 3. REVISIONE DELLA LETTERATURA	
3.1 Obiettivo.....	28
3.2 Metodi della ricerca.....	28
3.3 Risultati.....	29
3.4 Discussione.....	36
CONCLUSIONI.....	40
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	41

INTRODUZIONE

La demenza, una sindrome caratterizzata da un declino progressivo delle funzioni cognitive, rappresenta una sfida crescente per la società odierna. La ricerca di approcci terapeutici efficaci, oltre ai trattamenti farmacologici standard, è fondamentale per migliorare la qualità di vita dei malati e dei loro cari.

L'obiettivo principale di questo studio è valutare l'efficacia del metodo montessoriano rispetto alle terapie convenzionali nel trattamento della demenza.

Attraverso una revisione della letteratura scientifica, si cerca di individuare se questo approccio possa apportare benefici specifici ai pazienti affetti da demenza e in quali sintomi possa risultare più efficace.

Inizialmente si è analizzata la letteratura esistente per comprendere le cause della demenza, i sintomi più comuni e i trattamenti tradizionalmente utilizzati. Successivamente, formulando un quesito di ricerca utilizzando il metodo P.I.C.O (Popolazione, Intervento, Confronto, Out come), si è cercato di ottenere risposte più specifiche e dettagliate sulle potenzialità del metodo montessoriano nel contesto della demenza.

Attraverso stringhe di ricerca e l'utilizzo di parole chiavi si sono selezionati articoli pubblicati dall'anno 2009, in lingua inglese, portoghese ed italiana.

L'elaborato si articola in tre capitoli; Il primo capitolo si concentra sull'inquadramento clinico-diagnostico delle demenze, con un focus sulla demenza di tipo Alzheimer, analizzando l'eziopatogenesi, le cause e i fattori predisponenti, nonché l'assistenza infermieristica necessaria.

Nel secondo capitolo del testo viene approfondito il metodo montessoriano e la filosofia che ne sta alla base. Si fa un breve riferimento alla biografia della fondatrice, Maria Montessori, per poi concentrarsi sull'applicazione del metodo nella demenza, evidenziando i diversi ambiti in cui può essere utilizzato con successo e citando alcuni esempi pratici.

Nel capitolo finale della tesi, è stata condotta un'approfondita revisione della letteratura, con l'individuazione degli obiettivi della ricerca, la descrizione dei metodi utilizzati, la presentazione dei risultati ottenuti e la successiva discussione dei dati raccolti.

CAPITOLO PRIMO

QUADRO TEORICO

1.1 Epidemiologia delle demenze

Con il termine “demenza” non si indica una specifica malattia, bensì una sindrome clinica cioè un insieme di sintomi derivanti dalla sofferenza delle funzioni cerebrali superiori e, che frequentemente si presentano simili indipendentemente dalle cause possibili. [1]

Secondo i dati pubblicati dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la demenza è considerata la settima causa di morte nel mondo.

Circa 55 milioni di persone sono affette da tale malattia, numeri destinati a salire, al passo con la percentuale crescente di anziani nella popolazione.

Si stima che nel 2030 saranno 78 milioni le persone affette da tale patologia e nel 2050 i numeri saliranno a 139 milioni. [2]

Dato che il numero dei casi di demenza nel mondo sta aumentando ad un ritmo allarmante, è necessario considerare come questo impatto influenzi le persone, le famiglie e il Sistema sanitario. [2].

La demenza non è una semplice perdita di memoria legata all’età, ma una vera e propria patologia, che si differenzia da altre forme di deficit cognitivo (ad esempio l’oligofrenia) in quanto colpisce individui che in precedenza, avevano raggiunto una completa maturazione delle proprie funzioni mentali.

Essa non è una conseguenza naturalmente collegabile all’invecchiamento ma bensì una condizione patologica causata da una sofferenza del Sistema Nervoso Centrale, che porta ad un deterioramento progressivo dei tessuti cerebrali e comporta una decadenza progressiva delle abilità cognitive, intaccando memoria, linguaggio, ragionamento e capacità di giudizio.

Essendo una sindrome che non si limita ad un declino mentale, ma rappresenta una complessa condizione che coinvolge diverse sfere della persona, manifestandosi con diverse alterazioni anche di natura affettiva e comportamentale. [3]

Per garantire un linguaggio comune e una comprensione univoca del termine “demenza” si sono stabiliti a livello mondiale quattro criteri diagnostici che ci aiutano a identificare in modo preciso ed inequivocabile tale sindrome:

- a. Progressivo declino cognitivo: presenza di dimostrabile perdita delle funzioni cognitive, comprendenti memoria, capacità di ragionamento e compromissione del linguaggio (afasia)
- b. Dipendenza nelle ADL (attività di vita quotidiana): il deterioramento mentale deve essere tale da compromettere le normali attività quotidiane del soggetto, riducendo autonomia e compromettendo il ruolo sociale
- c. Il declino non è associabile ad altre cause o patologie sottostanti.
- d. Esordio graduale: il declino cognitivo non compare improvvisamente e nelle forme più evidenti, ma inizialmente si manifesta con sintomatologia lieve e trascurabile, andando ad aggravarsi con il passare del tempo. [1]

Individuati tali criteri si cercherà di studiarne ed individuarne la causa sottostante. Talvolta tale procedimento non è semplice e non sempre si arriva ad una eziologia nota poiché si riscontra la coesistenza di molteplici malattie che sfociano in un quadro di demenza. L'integrazione di fattori genetici, alterazioni neurochimiche e la comorbilità con altre patologie influenza la manifestazione dei sintomi. Dalle analisi istochimiche emerge la presenza di stati misti di demenza in cui la persona manifesta contemporaneamente sintomatologie riconducibili a diverse tipologie di cause sottostanti.

1.2 Classificazione delle più comuni cause di demenza

- Demenza cerebrovascolare:

Caratterizzata da un danneggiamento del tessuto cerebrale dovuto ad un'alterazione dei vasi sanguigni nel cervello che comporta una mancanza di sangue, ossigeno e sostanze nutritive.

Solitamente questo tipo di demenza si combina con altre cause, molto comunemente riscontrabile nel morbo di Alzheimer.

All'esordio si manifesta con: -diminuzione delle capacità di pensiero -scarsa capacità decisionale -problematiche di memoria. Nelle forme più avanzate si riscontrano: - impoverimento delle emozioni - difficoltà nei movimenti

- Demenza Frontotemporale (FTD):

si verifica una morte inspiegabile dei neuroni nelle parti frontali e laterali del cervello, causando un restringimento dei lobi; mentre la parte superiore della corteccia cerebrale si ammorbidisce. Ha un esordio più giovanile rispetto alle altre tipologie di demenze (il 60% dei pazienti hanno un'età compresa fra i 45 e i 60 anni). I segni prodromici sono cambiamenti nell'atteggiamento e nel modo di agire e afasia.

- Sclerosi Ippocampale (HP):

L'accumulo anomalo della proteina TDP-43 causa un'atrofia e una rigidità nell'area cerebrale responsabile della memoria, ovvero l'Ippocampo. Talvolta l'HP viene erroneamente confusa con l'Alzheimer per la sintomatologia affine. La sclerosi Ippocampale è la maggior causa di demenza nei soggetti con età superiore agli 85 anni.

- Malattia a Corpi di Lewy (DLB):

I corpi di Lewy sono formazioni insolite della proteina alfa-sinucleina che si accumulano nei neuroni e, se localizzati nella corteccia cerebrale, possono causare demenza. Difficilmente riscontrabile come causa singola. I primi sintomi sono associabili a problemi di sonno, allucinazioni visive e disturbi nell'orientamento spaziale, difficoltà nei movimenti (simili a quelli nel Parkinson) e problemi di memoria, nella forma più avanzata.

- Morbo di Parkinson (PD)

Nell'area più profonda del cervello (substantia nigra) si formano grumi della proteina alfa-sinucleina, che si pensa che sia responsabile della perdita delle cellule nervose produttrici di dopamina. Il 3.6% dei casi di demenza sono causati dalla malattia di Parkinson. La sintomatologia è legata al movimento: lentezza, rigidità, tremori e cambiamenti nella camminata. I problemi cognitivi tendono a manifestarsi nelle fasi più avanzate, in genere dopo anni dai sintomi fisici

- Patologie miste:

quando si verificano cambiamenti cerebrali causati da diverse forme di demenza, si definisce come "patologie miste". Se tali patologie causano sintomi di demenza durante la vita, si definisce demenza mista. Più della metà delle persone con diagnosi di demenza di Alzheimer, presentano una forma mista di demenza; percentuale superiore nelle persone con 85 anni o più. A seconda della specifica alterazione nel cervello si hanno segni fisici e/o comportamentali specifici.[4]

1.3 La demenza di tipo Alzheimer

La demenza di Alzheimer è la forma più diffusa e comune delle demenze degenerative, ma difficilmente individuabile in quanto si manifesta in modo subdolo nelle fasi iniziali. La popolazione anziana è la fascia più colpita e i primi sintomi possono essere confusi con i normali segni legati all'età, rendendo difficile la distinzione tra il processo di invecchiamento ed esordio della malattia. [1]

L'Associazione Alzheimer ha identificato dieci segni primari da tenere in considerazione per una diagnosi precoce di malattia:

1. Alterazione e perdita della memoria che interferisce con la vita quotidiana:
uno dei segni più comunemente riscontrabili nella malattia di Alzheimer è una compromissione della memoria a breve termine (MBT) tale da interferire nella vita quotidiana: dimenticare informazioni apprese di recente, riproporre più volte la stessa domanda.
2. Difficoltà nella programmazione o nella risoluzione dei problemi:
si riscontrano difficoltà nella pianificazione o nel seguire procedimenti logici, anche semplici come ad esempio una ricetta familiare. Difficoltà nella concentrazione e impiego di molto più tempo nei compiti di vita che venivano svolti facilmente in precedenza.
3. Difficoltà nel completare le mansioni domestiche:
le attività svolte in autonomia di routine divengono difficili da compiere.
4. Disorientamento temporale e spaziale:
perdita della concezione del tempo e dei luoghi. A volte possono dimenticare dove si trovano o come ci sono arrivate
5. Problematiche nel riconoscimento delle immagini e nel percepire i rapporti spaziali:
ci potrebbero essere problematiche legate alla vista, con conseguente compromissione dell'equilibrio, della lettura, della percezione delle distanze e difficoltà nel distinguere le varie tonalità di colori e i contrasti.
6. Difficoltà nel linguaggio e scrittura:

per una persona con Alzheimer può divenire complicato seguire una conversazione, sia perché perderebbe nel bel mezzo del discorso il filo logico sia perché presenta difficoltà nella formulazione di vocaboli (problemi a nominare un oggetto di uso comune)

7. Riporre le cose in posti insoliti e perdere la capacità di ritornare sui propri passi: una persona che convive con l'Alzheimer è comune che perda i propri oggetti poiché li ripone in posti insoliti che poi non riesce a ricordare.

8. Riduzione o limitazione nel prendere decisioni: perdita della capacità di giudizio e nel processo decisionale. Ad esempio, potrebbero mostrare poca attenzione alle finanze o nella cura della propria persona, dimostrando una limitata capacità di discernimento in queste situazioni

9. Perdita del ruolo sociale: la perdita di interesse conduce l'individuo ad isolarsi ed abbandonare le attività di vita sociale, esponendolo a solitudine

10. Modificazioni dell'umore e della personalità: le persone malate di Alzheimer possono sentirsi disorientate, avere sentimenti di paura, ansia e tristezza. Potrebbero diventare irritabili e confusi se non si trovano in un ambiente familiare. [5]

LE 5 "A" DELL'ALZHEIMER:

1. ANOMIA: incapacità di ricordare i nomi degli oggetti
2. APRASSIA: perdita di coordinazione nei movimenti
3. AGNOSIA: difficoltà nel riconoscere oggetti familiari tramite gli organi di senso
4. AMNESIA: perdita di memoria
5. AFASIA: perdita della capacità di comunicare in modo efficace

1.4 Eziopatogenesi

La malattia di Alzheimer (AD) è una patologia che causa una degenerazione del sistema nervoso, successivo al danneggiamento delle sue cellule ed è la principale causa di demenza.

L'AD è una patologia multifattoriale ad eziologia ancora oggi incerta. Due sono le ipotesi più accreditate come causa: l'ipotesi colinergica e quella amiloide. Inoltre, alcuni fattori di rischio come l'invecchiamento, la predisposizione genetica, traumi cranici, disturbi vascolari, infezioni e status sociale possono influire nello sviluppo della malattia.

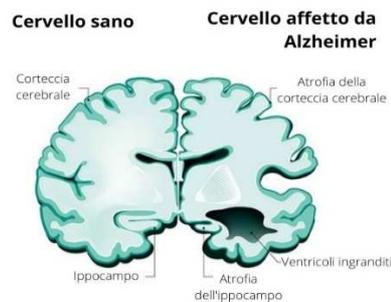
Nella AD sono riscontrabili due tipi di cambiamenti neuropatologici che evidenziano il progresso della malattia e lo sviluppo dei sintomi e comprendono:

- a. Lesioni positive, caratterizzati dall'accumulo di grovigli neurofibrillari, placche amiloidi e altri depositi nel cervello della persona affetta da AD.
- b. Lesioni negative, caratterizzate da atrofia secondaria a perdita neuronale e sinaptica.[6]

Il deterioramento del quadro clinico nella malattia è direttamente collegato alla morte delle cellule cerebrali, i neuroni, in specifiche aree del cervello, come la parte temporale e parietale. Questo processo degenerativo comporta un vero e proprio rimpicciolimento dell'organo.

La morte neuronale, però, è preceduta da un accumulo di sostanze chimiche nocive, come la proteina, beta amiloide, negli spazi intercellulari e grovigli di proteine tau, derivanti dalla disgregazione delle cellule neuronali.

Figura 1: immagine di confronto tra un cervello sano e un cervello affetto da Alzheimer



Fonte: <https://www.micuro.it/enciclopedia/malattie/demenza-senile>

La **diagnosi** di Alzheimer è complessa e si basa principalmente sulla clinica, ovvero l'analisi dei sintomi e sull'eliminazione di eventuali altre cause possibili. Si parla di malattia "probabile" poiché l'unica diagnosi "certa" è possibile solamente con un esame del cervello post mortem. [1] pag.10

Nel 1984, l'Istituto Nazionale dei Disturbi Neurologici e comunicativi e l'Associazione Alzheimer si sono uniti per creare un gruppo di lavoro unico con l'intento di stilare dei criteri diagnostici per la malattia; criteri aggiornati dallo stesso gruppo nel 2011 evidenziando l'esistenza di due biomarcatori clinici:

- a. Metodi di rilevamento dei depositi di amiloide nel cervello tramite tomografia ad emissione di positroni (PET) e l'analisi del liquor cerebrospinale (CSF)
- b. Indicatori di lesioni neuronali come la tau nel liquor, il fluodeossiglucosio (FDG) per il metabolismo e la risonanza magnetica per misurare il livello di atrofia.

1.5 Cause e fattori di rischio della malattia di Alzheimer

Non essendoci una teoria univoca sulle cause scatenanti della malattia di Alzheimer sono numerose le ipotesi.

Alcune si focalizzano su un malfunzionamento del sistema nervoso colinergico, fondamentale per la memoria e l'apprendimento. Altre teorie, invece, si focalizzano sul processamento anomalo della proteina beta- amiloide come fattore scatenante.

Anche se non esiste un consenso comune sulla causa della malattia, sembra esserci invece certezze sui fattori che la favoriscono:

- Età: il rischio aumenta di pari passo con l'avanzare dell'età; in modo particolare superati i 65 anni
 - Genetica: modificazioni nel patrimonio genetico incrementano la probabilità di sviluppo della malattia
 - Traumi cranici: chi ha subito precedenti lesioni alla testa sembra avere più probabilità di sviluppo dell'AD
 - Malattie vascolari: ipertensione, diabete e ipercolesterolemia innalzano il rischio
 - Stile di vita: tabagismo, obesità e vita sedentaria rappresentano fattori influenzanti
- [6]

Un fattore di rischio non è la causa diretta di una malattia ma una causa predisponente. Quindi è bene abbassare le probabilità diminuendo i fattori modificabili.

1.6 Trattamento tradizionale

L'eziologia della malattia di Alzheimer è ancora oggi ignota, ne consegue che per il trattamento vengono utilizzati farmaci standardizzati, che il più delle volte si dimostrano efficaci nel contenere i sintomi, migliorando lo stile di vita del paziente ma non per arrestare il declino della malattia.

Una diagnosi precoce e una terapia iniziata tempestivamente sono dei tasselli importanti per il successo delle cure.

I farmaci attualmente approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) vanno ad agire sul sistema di trasmissione nervosa colinergica e sono inibitori dell'enzima acetilcolinesterasi. [7]

Esistono tre principali farmaci, appartenenti alla stessa classe e che risultano sostanzialmente equivalenti:

- Donezepil
- Rivastigmina
- Galantamina

Utilizzabili nelle forme lievi e moderate di demenza, tenendo in considerazione le possibili complicazioni cardiache e gastriche.

Nelle fasi più avanzate viene somministrato un altro farmaco, modulatore dell'attività del Glutammato, neurotrasmettitore cerebrale: la Memantina. [1]

Questi farmaci hanno un limitato effetto e per questo sono in corso numerose ricerche per sviluppare nuove ed efficaci terapie.

1.7 Stadi del declino nel Morbo di Alzheimer

Il morbo di Alzheimer è una patologia neurodegenerativa che si aggrava nel tempo, seguendo un declino progressivo riassumibile in stadi definiti. Tali tappe non sono univoche e rigide poiché variano da individuo a individuo ma offrono un quadro di riferimento che permette di personalizzare il percorso di cura e l'assistenza. [7]

Alcuni studi hanno evidenziato un parallelismo tra le varie fasi dello sviluppo dell'apprendimento nel bambino (in particolare in riferimento a quelle "operazionali" di Piaget) e il processo opposto di deterioramento di tali capacità con l'avanzare dell'AD, questo fenomeno prende il nome di "retrogenesi" e si identificano sette stadi, ciascun con un'età di riferimento. [1]

Tabella 1. The global deterioration scale

Livello	Fase Clinica	Sintomatologia	Retrogenesi- età di riferimento
1.la persona non mostra alcun cambiamento cognitivo	Normale	All'esame clinico non si evidenziano segni di cambiamento	Adulto
2.declino cognitivo lievissimo	Amnesia benigna	Lievi dimenticanze, problemi con nomi o parole	Adulto
3.demenza precoce	Iniziale stato confusionale	Difficoltà di media entità con la memoria, confusione occasionale, iniziali problemi nelle ADL complesse	Giovane adulto-adolescente
4.demenza moderata	Declino cognitivo moderato	Perdita di memoria apprezzabile; difficoltà nelle attività quotidiane semplici e disorientamento spazio-temporale	12-8 anni
5.demenza moderatamente severa	Esordio demenza	Necessità di assistenza quasi totale. Linguaggio intaccato.	8-5 anni

6.declino cognitivo grave	Demenza media	Totale perdita di memoria. Incapacità di deambulare autonomamente e afasia. Talvolta incontinenza	5-2 anni
7.declino cognitivo molto grave (terminale)	Demenza gravissima	Dipendenza totale. Perdita totale della parola. Il cervello non è più in grado di trasmettere al corpo comandi. Segni neurologici generalizzati e corticali	2 anni- 1 mese

La retrogenesi non ha l'intento di paragonare il soggetto demente ad un bambino ma valorizzando e studiando le affinità comportamentali può diventare uno strumento di cura ed un modello che aiuta i professionisti e i caregiver a comprendere meglio i bisogni della persona con demenza. [1]

1.8 Assistenza Infermieristica

Non esiste ad oggi una terapia in grado di arrestare efficacemente il progredire dei sintomi e delle complicanze ma, al di là dei farmaci si può fare molto.

È in questo "molto" che l'assistenza infermieristica ha un ruolo chiave.

L'infermiere dovrà prendersi cura non soltanto della persona affetta da demenza ma anche di tutto ciò che lo circonda, fornendo le cure e le informazioni necessarie.

Prima di tutto, è essenziale conoscere la patologia, gli stadi della malattia e le necessità degli assistiti per fornire un'assistenza personalizzata.

“man mano che la malattia progredisce, c'è poca o nessuna speranza del recupero della memoria, ma le persone non esistono solo di memoria. Le persone hanno sentimenti, immaginazione, desideri, unità, volontà e moralità. È in questi ambiti che ci sono modi per toccare i nostri pazienti e lasciare che ci tocchino.”

Cit. neuropsicologo Luria [1] pag. 54

Devono essere condotte ulteriori ricerche per comprendere meglio come valutare efficacemente l'assistenza centrata sulla persona e quali elementi siano cruciali per fare la differenza nelle pratiche di cura quotidiana.

L'attuale livello di conoscenza dei modelli di cura centrati sulla persona, sebbene in modo non esaustivo, fornisce un'adeguata garanzia per orientare l'utilizzo verso precise indicazioni, tra cui:

- Andare oltre la diagnosi, conoscere l'individuo come persona, indagando e conoscendo la sua storia, i suoi valori, i suoi interessi, considerandolo nella sua interezza ed unicità.
- Accettare la realtà dell'individuo e comunicare con empatia, rispettando il suo punto di vista. Comprendere i suoi comportamenti come un modo per esprimersi.
- Offrire, per quanto possibile, coinvolgimento, costruendo una relazione autentica.
- Fornire autonomia, impegno ed esperienze condivise
- Valutazione e adattamento costante, utilizzare strumenti che valutino l'efficacia delle pratiche di assistenza personalizzata e adottare misure correttive in base ai risultati ottenuti. Monitorando costantemente i modelli di assistenza e condividendo i risultati ottenuti per apportare eventuali modifiche alle interazioni, ai programmi e alle pratiche, in modo da soddisfare al meglio i bisogni delle persone assistite. [8]

*“Amateci per come siamo. Siamo ancora qui con le nostre emozioni e il nostro spirito,
se solo riuscirete a trovarci”*

-Christine Bryden

CAPITOLO SECONDO

METODO MONTESSORI E DEMENZA

2.1 Cenni storici: Maria Montessori

Maria Tecla Artemisia Montessori, più comunemente conosciuta come Maria Montessori, nacque a Chiaravalle, un centro agricolo e manifatturiero della provincia di Ancona, il 31 agosto 1870.

In un'epoca in cui la figura della donna era unicamente relegata a ruolo di angelo del focolare, lei ebbe il coraggio di abbattere tali stereotipi, costruendosi un suo spazio in un mondo fatto di uomini.

Fu una delle prime donne in Italia a laurearsi in medicina ed intraprendere una brillante e poliedrica carriera in diverse discipline, tra cui la neurochirurgia, la pedagogia, l'educazione e la filosofia, rendendola ancora oggi una figura di riferimento a risonanza globale. [9]

Dopo aver conseguito con il massimo dei voti la laurea all'università la Sapienza di Roma e mossa dall'innata sensibilità nei confronti degli emarginati si avvicina al mondo della psichiatria.

Varcando le soglie dei manicomi rimase profondamente colpita ed addolorata dalla cruda realtà di quei luoghi e dalla promiscua convivenza tra adulti e bambini, entrambi depravati dal punto di vista psicologico.

Mossa dalla compassione e dalla voglia di aiutarli studiò un metodo alternativo, basato sul rispetto e sull'unicità della persona, valorizzando e non sopprimendo le potenzialità di ogni singolo bambino.

I risultati furono subito evidenti, riuscì a far leggere e scrivere correttamente e in calligrafia bambini considerati "frenastenici" del manicomio, i quali furono in grado di affrontare e superare gli esami nelle scuole pubbliche al pari dei compagni considerati "normali".

Questo evento segnò una rivoluzione nel panorama educativo e sociale e il suo metodo, fondato sull'osservazione scientifica, sul rispetto per la singola particolarità del bambino

e sulla valorizzazione delle loro potenzialità, fu una svolta nell'educazione dei bambini con disabilità e non. [10]

Nel 1907 nel quartiere San Lorenzo di Roma, inaugura la prima Casa dei bambini, un vero e proprio laboratorio pedagogico, dove essi sono liberi di esplorare, imparare e svilupparsi in autonomia e secondo le proprie necessità.

Questa esperienza di San Lorenzo fu l'occasione per dimostrare che tale metodo poteva essere generalizzato e non più solo applicato alle disabilità, definendo il metodo Montessori un pilastro della moderna pedagogia.

Nel 1946 ricevette il Nobel per la Pace e la Legion d'Onore, massima onorificenza francese.

Morì il 6 maggio 1952, lasciando all'umanità un'eredità immensa. [9]

2.2 Il metodo Montessori e i suoi principi

Il contributo di Maria Montessori va ben oltre la teorizzazione di un metodo educativo, la sua preziosa visione ha dato origine a una nuova filosofia di vita che abbraccia non solo l'infanzia ma la fragilità nelle sue molteplici sfaccettature.

Di fondamentale importanza è la valorizzazione di un ambiente di vita che favorisca il benessere del bambino, facendolo sentire protetto e stimolato, che lo faccia sentire importante ed utile ma libero di esprimersi, di fare e di sperimentare e quindi di imparare.

“quello che la mano fa, la mente ricorda”

Nel metodo Montessori non è il bambino a doversi adattare ad un modello educativo predefinito e rigido ma è il metodo che deve essere personalizzato in base alle caratteristiche, preferenze ed esigenze individuali.

Il bambino non è un contenitore vuoto da riempire ma una persona da formare, rispettandolo nella sua unicità e nel suo ritmo di apprendimento, valorizzando la sua personalità.

L'ambiente fisico e l'ambiente relazionale sono due dei pilastri fondamentali su cui si fonda il metodo montessoriano, entrambi cruciali per creare un'orchestra di cura che nutra la crescita armoniosa del bambino.

Nell'ambito montessoriano l'educatore ha un ruolo primario. La stessa Montessori lo definisce come un esperto giardiniere in grado di coltivare il potenziale di ogni bambino.

La comunicazione rispettosa, l'empatia, la pazienza e l'umiltà sono gli strumenti utilizzati per guidare il bambino nel suo lungo cammino di crescita e apprendimento.

I punti cardine del Metodo:

- L'importanza dell'osservazione

L'osservazione è uno strumento fondamentale per conoscere l'altro. Essa deve essere sistematica e regolare così da poter cogliere i bisogni e i progressi nel tempo. Deve essere inoltre scientifica, basata sulla trascrizione precisa di ciò che si osserva.

L'osservazione montessoriana permette di conoscere in modo profondo e personalizzato, aiutando a comprendere i suoi interessi, le sue capacità e il suo modo di apprendere, creando un ambiente educativo su misura, in modo da favorire il suo sviluppo in tutti gli aspetti.

- La personalizzazione e individualizzazione

La flessibilità è una prerogativa imprescindibile della proposta educativa montessoriana, che permette al singolo la scelta dell'attività e dell'ambiente educativo in modo unico. L'educatore montessoriano è fondamentale che sia sicuro di sé, che conosca i materiali e gli ambienti, adattando le proprie azioni alle esigenze individuali per garantire un'ottimale esperienza educativa per tutti. La libertà consente di rispettare le diversità, valorizzando le singole competenze e consentendo a ciascuno di dedicarsi all'attività che preferisce.

Montessori era favorevole alla presenza di spazi aperti e la supervisione discreta, consentendo ai bambini di organizzarsi liberamente in sottogruppi o individualmente, non costringendoli a partecipare a lavori di gruppo, ma favorendo piuttosto l'autonomia e la libertà di scelta del singolo.

- L'importanza dell'ordine

Un ambiente ordinato e strutturato è fondamentale per garantire benessere e serenità a bambini e anziani, che possono mostrare comportamenti inappropriati o soffrire di disagio quando manca un senso di orientamento spaziale, temporale, emotivo e relazionale. Organizzare gli avvenimenti, l'ambiente e le relazioni con ordine aiuta a prevenire manifestazioni di malessere e favorisce la capacità di apprendimento e di progresso nella vita.

Bambini e anziani che hanno consapevolezza di ciò che li circonda e delle attività che svolgeranno vivono con maggiore tranquillità e predisposizione. Al contrario, la

manca di ordine e stabilità nell'ambiente può generare ansia, immobilità e dipendenza dagli operatori.

Un ambiente ordinato permette di svolgere attività in modo autonomo e tranquillo, con la certezza di trovare tutto ciò di cui ha bisogno. La presenza di routine e di regole ben stabilite favorisce il senso di sicurezza e di controllo, condividendo una macro-routine che sia semplice e stabile.

Per garantire un ambiente ordinato e coerente, è necessario che il gruppo di lavoro sia coordinato, coeso e condivida spazi, materiali, stili comunicativi e relazionali. Solo così sarà possibile muoversi in modo ordinato e armonico nell'ambiente, garantendo a ciascuno la possibilità di organizzare le proprie attività in modo sereno.

- Interesse e attenzione

L'interesse è ciò che motiva le persone ad agire, consentendo loro di rispondere ai propri bisogni in modo libero e spontaneo. È fondamentale che le persone percepiscano l'ambiente in cui si trovano come stimolante, rassicurante e interessante, in modo che possano esprimere i propri bisogni in modo chiaro. Gli spazi di vita devono essere progettati tenendo conto dei bisogni delle persone che li abitano, in modo che possano essere significativi e soddisfacenti.

È importante che gli spazi educativi, che siano destinati ai bambini o alla terza età, siano organizzati in base agli interessi delle persone che li frequentano e non solo del personale che vi opera. Ciò permetterà alle persone di innamorarsi dell'ambiente e di trovare il loro posto all'interno di esso. L'equipe di lavoro deve essere umile e mettere al primo posto i bisogni e le esigenze degli ospiti, progettando le attività in base ai loro desideri e non solo a quelli del personale. Solo in questo modo si potrà garantire un ambiente accogliente e inclusivo, dove le persone si sentano valorizzate e soddisfatte.

- Il materiale di lavoro

I materiali progettati e allestiti secondo i principi della pedagogia Montessori presentano caratteristiche uniche che li distinguono da quelli utilizzati in altre metodologie pedagogiche. Questi materiali sono pensati per favorire l'apprendimento attivo e sensoriale, incoraggiando l'autonomia e l'esplorazione. Sono realizzati con cura nei dettagli e con materiali di alta qualità, in grado di suscitare l'interesse e la curiosità. Inoltre, i materiali montessoriani sono progettati per seguire lo sviluppo naturale del bambino, fornendo opportunità di apprendimento personalizzato e graduale. Grazie a

queste caratteristiche specifiche, i materiali montessoriani si distinguono come strumenti educativi efficaci e stimolanti per l'educazione dei più piccoli e, come vedremo più avanti, non solo.

Caratteristiche degli strumenti montessoriani:

A vista

Esplorando i vari ambienti di una scuola montessoriana, si può subito notare la vasta gamma di attività a disposizione per i bambini. Il materiale educativo è disposto in modo organizzato e facilmente accessibile, incoraggiandoli a selezionare liberamente le attività che li interessano di più. Ogni bambino ha la libertà di scegliere il materiale di cui ha bisogno, portarlo al tavolo o per terra e utilizzarlo a suo piacimento, senza restrizioni di tempo. Tutti gli strumenti necessari per svolgere l'attività sono organizzati in vassoi o scatole, in modo da rendere più semplice la gestione e il mantenimento dell'ordine.

Maria Montessori usava l'espressione "fame psichica" per indicare il desiderio profondo dei bambini di nutrire la propria mente attraverso l'educazione. L'ambiente Montessori fornisce ai bambini una ricca varietà di attività, offrendo loro un vero e proprio banchetto di conoscenze da cui attingere per colmare questa fame insaziabile.

Auto-correttivo

Nell'ambiente montessoriano, ogni materiale è stato creato con cura e attenzione attraverso un processo di progettazione e realizzazione. L'educatore, che ha testato personalmente ogni attività, si assicura che esse siano funzionali, comprensibili e adatte all'autonomia del bambino. La capacità di autocorrezione è una delle peculiarità del materiale montessoriano. Grazie ad essa, il bambino è in grado di individuare e correggere da solo eventuali errori, senza bisogno di un intervento esterno. È indispensabile tenere in considerazione l'autocorrettività anche nei lavori progettati dall'educatore. Quest'ultimo può inserire strumenti che consentano al bambino di valutare autonomamente il proprio lavoro, come ad esempio schede di autovalutazione o sistemi di controllo visivo.

In unica copia

Dentro l'ambiente montessoriano è presente una sola copia di ciascuna attività, ma è possibile trovare più materiali per lo sviluppo della stessa competenza. Ad esempio, per promuovere l'espressività, potrebbero essere presenti diverse opzioni come la pittura con tempere, il disegno su cartoncino o la pittura ad acquerello. Ogni materiale ha la sua

specifica identità, una scheda tecnica di riferimento e una precisa collocazione nello spazio. Questa scelta è stata fatta da Maria Montessori per dare valore al materiale progettato ed esposto, garantendo un lavoro individuale che favorisca l'attenzione e la concentrazione. In questo modo, si educa anche alla pazienza ("se è occupato devo aspettare") e alla responsabilità ("sono responsabile della cura, pulizia e riordino del materiale che ho scelto"). [10]

2.3 L'applicazione del metodo montessoriano nella persona affetta da demenza

È comune associare il metodo pedagogico montessoriano all'infanzia, tuttavia potrebbe essere riduttivo applicarlo solamente ai più piccoli. La stessa Montessori, nella teorizzazione del suo metodo innovativo aveva l'intento di delineare una filosofia educativa universale, non applicabile rigidamente solo al mondo dell'infanzia ma anzi adatto a tutte le età, supportando sviluppo ed autonomia di ogni individuo.

L'apprendimento autodiretto, il rispetto per i ritmi individuali e la valorizzazione di ognuno sono principi cardine insiti nell'approccio montessoriano e utilizzabili universalmente a tutte le età. [11]

Fu la stessa pedagoga negli ultimi decenni della sua vita a parlare di una "lunga infanzia umana" che non si esaurisce nei primi anni di vita, ma si estende all'età adulta in un processo continuo e multiforme di sviluppo.

Il primo ad avere l'intuizione pratica di traslare il metodo della pedagoga marchigiana agli anziani con demenza fu Cameron Camp, uno psicologo statunitense, che osservando le attività svolte dalla figlia con disabilità nella scuola montessoriana frequentata, riesce a coglierne delle affinità con le tecniche di riabilitazione per gli anziani.

Facendo, così, partire una serie di sperimentazioni che hanno dimostrato che i principi di base del metodo non solo si adattano bene al lavoro con la persona con demenza ma anzi riesce a migliorare alcuni sintomi che i metodi tradizionali non riescono a controllare.

Camp riuscì a cogliere il parallelismo tra le attività quotidiane nei centri dell'infanzia e la coincidenza con le stesse che la demenza tende a cancellare progressivamente.

- Il metodo educa ed incoraggia all'autonomia il bambino, favorendo lo sviluppo di attività come vestirsi, mangiare e prendersi cura del proprio ambiente. In queste

stesse aree la persona con demenza si trova ad avere una diminuzione del livello di autonomia.

- L'ordine, presente in molteplici forme, è uno dei capisaldi del metodo. Una precisa predisposizione di oggetti e materiali nell'ambiente favorisce l'orientamento e l'autonomia del bambino. Analogamente, l'anziano affetto da demenza ha questa stessa esigenza di ritrovare nello spazio punti di riferimento che riconosce per focalizzare la sua attenzione e sentirsi tranquillo
- Per facilitare la comprensione e l'esecuzione le attività complesse vengono scomposte in step semplici e ben delineati, riducendo l'insuccesso nell'attività e di conseguenza la frustrazione. Aumentando concentrazione ed autostima
- Alla base del metodo montessoriano c'è "l'imparare in modo inconscio" ovvero, un'azione svolta si riesce a ricordare meglio rispetto ad un'azione che ci è stata solo spiegata. Allo stesso modo nell'anziano viene stimolata la memoria procedurale e non dichiarativa. [10]

2.4 Il rischio dell'infantilizzazione dell'anziano fragile

Utilizzando un metodo tipicamente applicato al mondo dell'infanzia si può comunemente incappare nell'errore di paragonare l'anziano ad un bambino, infantilizzandolo e facendogli perdere dignità. Questo rischio potrebbe verificarsi se si utilizza il metodo in modo rigido come una "formula chiusa" da ripetere meccanicamente e limitando così la libertà di scelta ed autonomia.

Capita di imbatterci in situazioni in cui la persona anziana viene privata della propria dignità e trattata con superficialità, come se fosse un bambino. Non vengono tenute in considerazione le opinioni, i desideri e la storia di vita del soggetto. Talvolta vengono rilegati dall'operatore ad attività non consone, costretti a colorare disegni infantili o realizzare manufatti che non rispettano le proprie attitudini ed interessi.

Se venisse utilizzato il metodo Montessori in modo superficiale e scorretto si potrebbe andare incontro al rischio di "bambinizzare" l'anziano, per non far accadere ciò bisogna attingere alla complessità e profondità del pensiero montessoriano, comprendendo la filosofia alla base di esso, ovvero una visione olistica dell'uomo.

È fondamentale considerare il background accademico di Maria Montessori, che essendo medico, ha sempre mantenuto un approccio scientifico nel suo metodo educativo.

L'approccio montessoriano ci invita a non banalizzare o infantilizzare, ma ad essere sensibili ai bisogni di ciascuno. Gli operatori montessoriani pongono la persona al centro di ogni attività, utilizzando l'esercizio del silenzio per promuovere l'equilibrio personale e rispettare l'osservazione e la non interferenza. È importante predisporre il contesto adeguato senza sovrastare la persona.

Barry Reisberg, inventore della Scala GDS (Global Deterioration Scale) per la stadiazione della malattia di Alzheimer, sottolinea che il decorso di questa malattia segue un percorso parallelo e opposto a quello dello sviluppo dell'essere umano in età infantile.

Mentre il bambino acquisisce sempre maggiore padronanza della vita canalizzando la propria energia e volontà in azioni che ne favoriscono l'indipendenza e la comprensione di sé, l'anziano, nell'andare avanti negli anni, perde progressivamente questa forza e nella fase di declino della demenza, cede la propria volontà e autonomia alla guida di qualcuno esterno, influenzato dall'ambiente e dagli stimoli ricevuti.

In questo senso si può intravedere una analogia tra anziani e bambini.

Dovremmo cercare e recuperare la similitudine tra queste due fasi della vita così come Maria Montessori guardava al bambino. In questo modo non ci limiteremo a uno sguardo o a un metodo prefissato, ma impareremo ad osservare l'altro nella sua interezza e nei dettagli, a capire cosa suscita il suo interesse e quali oggetti attorno a lui catturino la sua attenzione.

È importante non solo conoscere la persona con cui si lavora, ma anche comprendere la demenza, le sue manifestazioni e come queste possono variare in base alla storia individuale di ciascun individuo. È essenziale avere conoscenze approfondite sui processi cognitivi e prendere in considerazione i tratti di personalità individuali che possono influenzare le risposte e il modo in cui vengono espressi i bisogni.

[10 pag.33]

2.5 Riprogettare gli spazi: tra pericoli ed autonomia

Maria Montessori sosteneva che lo spazio svolge un ruolo cruciale nel facilitare nuove esperienze di apprendimento e può diventare un vero e proprio maestro, se organizzato in

modo efficace e funzionale. Quindi l'ambiente diventa uno strumento naturale attraverso il quale ognuno può esprimere sé stesso, rispettando i propri ritmi ed esigenze individuali.

2.5.1 La Casa

Nella vecchiaia, gli spazi di vita quotidiana, tra cui la casa che per anni è stato un nido accogliente e confortevole in cui rifugiarsi, può trasformarsi in un ostacolo creando disagi. Per l'anziano che convive con demenza la casa può diventare un luogo di disorientamento e di difficoltà gestionale. Nelle fasi più avanzate del declino cognitivo cercherà, talvolta in modo ossessivo, un ritorno alla casa d'infanzia, che rappresenta un luogo simbolico di conforto e familiarità. Aiutarlo a rivivere i ricordi legati ad essa, tramite foto, oggetti o racconti può essere un modo efficace per mantenere un legame emotivo con il passato e per non creare confusione.

Un ambiente domestico per anziani pensato secondo i principi montessoriani deve favorire l'autonomia e la libertà di movimento, mantenendo al contempo un elevato livello di sicurezza, funzionalità ed accoglienza.

Deve quindi attenersi ad alcuni principi:

- *LIBERTA' ED INDIPENDENZA*

Riprogettare gli spazi eliminando le barriere architettoniche promuovendo il movimento e rendendo possibile l'accesso ad ogni angolo di casa. Eliminare il superfluo, predisporre gli oggetti essenziali in modo ordinato facilitando il mantenimento e la cura del sé, tramite l'esecuzione di azioni facilmente ripetibili.

Nel pratico si potrebbe contrassegnare una stanza con un colore che stimoli il riconoscimento visivo e lo aiutino a capire che cosa si fa al suo interno, ad esempio il celeste, che richiama l'acqua per il bagno. Oppure contrassegnarle con immagini che rappresentino la loro funzione d'uso, ad esempio un letto sulla porta della camera.

- *SICUREZZA*

Migliorare la visibilità adeguando l'illuminazione, facilitare la mobilità indipendente con supporti (corrimano, maniglie) ed eliminare tutto ciò che espone a rischio di incidenti e cadute (tappeti).

- *FUNZIONALE*

Un ambiente privo di oggetti superflui può favorire e rendere più semplice e veloci la pulizia e il riordino.

Nel pratico applicare cartelli che funzionino da promemoria visivi, ad esempio porre sul comodino una foto del telefonino, per ricordare alla persona di tenerlo vicino al letto quando va a coricarsi

- *OSPITALE*

L'ambiente domestico deve essere un luogo dove l'anziano può ripetere a piacere le attività che lo interessano.

Adottando questi piccoli cambiamenti all'interno del focolare domestico, si aiuta e stimola l'anziano "a fare da sé" principio cardine del metodo montessoriano, preservando quelle competenze cognitive e funzionali rimaste.

2.5.2 Il centro diurno

Si possono applicare i principi del metodo montessoriano anche nei centri diurni che si occupano di anziani fragili e con Alzheimer.

Si può scegliere di inserire gradualmente tali principi in una struttura, predisponendo un luogo con particolari caratteristiche dove poter svolgere alcune attività ed osservare l'adesione e i progressi. Si potrebbero proporre attività legate alla vita quotidiana, come ad esempio curare le piante, sistemare, pulire i fagiolini, mettersi lo smalto, vestire una bambola, abbottonare. Attività che involontariamente stimolino la cognitivtà, la manualità e la sensorialità, con l'intento di essere un'attività propedeutica al mantenimento dell'autonomia della vita quotidiana.

Oppure, progettare una struttura ex novo che segua i principi fondamentali del metodo e creare un ambiente dinamico, in grado di cambiare a seconda delle esigenze, dotato di arredi leggeri, facili da spostare e che rendano possibile la sistemazione degli oggetti a vista. Creare degli angoli di interesse, dedicati a predefinite aree di stimolazione:

1. Angolo dell'espressività

Area dedicata al disegno, manipolazione della creta, pittura. Attività che permettono alla persona di lavorare sulle proprie competenze e sulle proprie esigenze espressive. Andando a stimolare e conservare la creatività e la manualità fine

2. Angolo del linguaggio

Luogo in cui sono raccolti giornali, riviste. È un luogo di condivisione ed incontro, favorendo così la socializzazione e le relazioni con gli altri.

3. Angolo delle attività di vita pratica

Chiamato dalla Montessori “palestra di vita”. In un ambiente protetto (il laboratorio) la persona si esercita, prende confidenza con strumenti e procedure, allena la mano, l'autonomia e l'autostima e poi nella vita pratica ovvero nella cucina, in camera, in bagno e in soggiorno dovrà impiegare le competenze ri-acquisite. (ad esempio: si svolge l'attività di apparecchiare la tavola e poi concretamente alla persona dovrà essere data la possibilità di farlo.)

4. Angolo delle attività fino motorie

Maria Montessori sosteneva che la mano era un organo psichico, attraverso cui il bambino poteva costruire la sua intelligenza. Traslando questa teoria nell'anziano, maggiore sarà la risposta della mano, maggiore sarà l'autonomia del soggetto.

In quest'angolo si predispongono attività volte ad aiutare la manualità residua nel compimento di gesti fini come infilare bottoni, cucire, travasare, rovistare e spingere

5. Angolo del materiale sensoriale e cognitivo

A partire dagli studi di Itard e Seguin, Maria Montessori progettò dei materiali per la rieducazione sensoriale: incastri, tavolette della ruvidezza, scatole dei rumori e tanti altri materiali che stimolino i sensi. In questa area più delle altre, spetta all'operatore adattare l'attività all'anziano, ad esempio si potrebbe far riconoscere spezie tramite l'olfatto o proporre l'appaiamento dei tessuti.

2.5.3 Ospedale: come rendere la degenza un'occasione

Pensando alla realtà ospedaliera odierna, fatta di caos e di carenza di personale, è difficile considerare realizzabili i modelli montessoriani, eppure il ricovero, rappresenta per l'anziano e in particolar modo per la persona demente un evento stressante. Il ritrovarsi in un luogo sconosciuto, essere costretto a rispettare gli orari imposti dagli altri e non avere più la propria routine può disorientare e destabilizzare creando ansia e confusione.
[10]

Tenendo conto di questi disagi nasce, per la prima volta in Italia, un progetto che prese vita nel maggio 2018 all'Ospedale di Biella, dove, si adatta uno spazio del reparto di geriatria ad un ambiente accogliente riprogettato secondo la filosofia montessoriana, dove

i pazienti possono recarsi durante il periodo di veglia, svolgendo in autonomia esercizi di fisioterapia e attività di vita quotidiana, favorendo il loro recupero e la loro autonomia e diminuendo così il disagio del ricovero ospedaliero. [12]

L'esperienza ospedaliera può essere traumatica per chi soffre di Alzheimer o demenza. Il disorientamento e l'ansia generati da questo ambiente possono durare a lungo, creando difficoltà per i pazienti e per le loro famiglie che possono perdurare anche nel post ricovero. Il ritorno all'equilibrio e alla tranquillità richiede tempo.

Biella, essendo la provincia con la maggior concentrazione di anziani in Piemonte e la terza in Italia, rappresenta un contesto particolarmente rilevante in questo ambito. Sono circa 20 le persone con deficit di memoria e Alzheimer che ogni mese accedono al Pronto soccorso. Nasce così l'esigenza di sperimentare per loro un'area dedicata e l'istituzione di un percorso preferenziale che riduca i tempi di attesa, accorgimenti importanti per prevenire stati di agitazioni e problemi comportamentali.

Figura 2: angolo ospedale di Biella dedicato alle attività montessoriane



Fonte: <https://aslbi.piemonte.it/il-metodo-montessori-per-lalzheimer-in-reparto-un-ambiente-familiare-che-aiuta-i-pazienti/>

L'obiettivo è l'implementazione di terapie complementari non farmacologiche, come il metodo Montessori, per ridurre l'ansia e gestire le situazioni in modo più tranquillo sia per i pazienti sia per il personale. Attività come cullare una bambola o svolgere compiti semplici possono aiutare i pazienti a sentirsi più sereni. In Geriatria, l'utilizzo di dispositivi montessoriani ha dimostrato che possono portare tranquillità ai pazienti.

Anche durante l'attesa in Pronto Soccorso, queste attività possono essere utili per mantenere la calma, nei casi in cui non si tratti di un'emergenza. [13]

2.6 Dalla teoria alla pratica: l'applicazione pratica del metodo

La filosofia alla base del metodo Montessori non è rigida, ma si adatta alla persona cui è destinata, per questo i materiali da presentare non possono essere universali ma bensì studiati appositamente per il destinatario, dopo un'osservazione attenta che fa emergere un bisogno. È fondamentale capire cosa interessa, cosa provoca frustrazione e cosa stimola naturalmente la persona. Una volta individuato il focus del materiale, è importante che l'attività si riveli flessibile, ovvero che possa diventare più semplice o più complessa a seconda delle esigenze di chi la esegue.

Successivamente la stessa Montessori suggerisce di stilare una scheda tecnica dell'attività, strumento di riferimento comune per l'equipe che aiuta a definire gli obiettivi da raggiungere, indica i materiali necessari, aiuta a mantenere il controllo sull'andamento del progetto e monitorare il successo dell'attività, favorendo un lavoro organizzato.

I campi della scheda tecnica sono:

- Nome dell'attività: Identifica l'attività in modo chiaro e conciso.
- Finalità: Descrive gli obiettivi generali dell'attività.
- Scopo diretto: Indica i risultati specifici che si intendono raggiungere con l'attività.
- Scopo indiretto: Elenca i benefici collaterali che l'attività può apportare.
- Materiale: Specifica i materiali necessari per l'allestimento e la realizzazione dell'attività.
- Allestimento: Descrive come allestire l'ambiente in modo funzionale all'attività.
- Procedure ed esecuzione: Spiega passo per passo come svolgere l'attività.
- Estensione più complessa e più semplice: Propone varianti dell'attività per adattarla a diversi livelli di abilità.
- Variazioni: Suggerisce diverse modalità di svolgimento dell'attività per renderla più stimolante e coinvolgente.

Figura 3: Svolgimento pratico di un'attività montessoriana



Fonte: : <https://www.montessoriparma.it/wordpress/alzheimer-la-malattia-e-la-memoria/>

Tabella 2. Modello scheda tecnica dell'attività "Gradazione di colori per demenza"

<i>Nome dell'attività</i>	Esploriamo i colori: viaggio tra le gradazioni
<i>Finalità</i>	<p>Scopo diretto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riconoscere e nominare le diverse gradazioni di colore - Associare le gradazioni di colori a oggetti, immagini e ricordi - Creare composizioni cromatiche semplici <p>Scopo indiretto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimolare la memoria e la reminiscenza - Favorire la concentrazione e l'orientamento nel tempo e nello spazio - Suscitare emozioni positive e benessere
<i>Materiale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - set tavolette colorate Montessori (da 6 a 12 per ogni colore) -cartoncini con i nomi delle gradazioni -immagini di oggetti e personaggi -scatola per riporre il materiale
<i>Allestimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Disposizione in ordine casuale delle tavolette sul piano del tavolo - Posizionare la nomenclatura dei colori vicino alle tavolette

<i>Esecuzione</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrare una tavoletta colorata e nominare la gradazione - Invitare la persona a trovare la tavoletta dello stesso colore e incoraggiare i ricordi e le associazioni - Proporre semplici giochi di abbinamento tra le tavolette colorate e le immagini, adattando la difficoltà al livello di abilità - Incoraggiare la creazione di composizioni cromatiche libere o guidate, favorendo l'espressività e la creatività
<i>Estensione dell'attività</i>	<p>Più complessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introdurre il concetto di tono caldo e freddo, associandolo a sensazioni ed emozioni. - Proporre attività di abbinamento tra le gradazioni di colore e la musica. - Creare un "libro dei colori" personalizzato con le tavolette e le immagini raccolte. <p>Più semplice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniziare con un numero ridotto di tavolette colorate (3-4 per ogni colore). - Proporre attività di esplorazione sensoriale tattile e visiva con le tavolette.

Di fondamentale importanza è, anche, la presentazione del materiale di lavoro da parte dell'operatore. Far scegliere tra più attività quella più interessante per il soggetto, spiegare con parole semplici e tranquillamente la procedura, prediligendo più la dimostrazione alla parola, invitare la persona a partecipare attivamente, rispettando i suoi tempi e non sostituendoci mai ad essa. Durante l'attività è bene evitare interruzioni o discorsi ed una volta conclusa invitare al riordino del materiale utilizzato. Osservare l'andamento del lavoro, l'efficacia dell'ambiente e il soddisfacimento della persona, utilizzando schede di osservazione di facile compilazione da compilare prima e dopo l'inizio di ogni attività montessoriana.

Monitorare i progressi attraverso delle schede è un modo efficiente per garantire un supporto adeguato e per ottimizzare i benefici dell'attività Montessori nell'affrontare i sintomi della demenza. [10]

CAPITOLO TERZO

REVISIONE DELLA LETTERATURA

3.1 Obiettivo

Questa revisione della letteratura ha lo scopo di confrontare e analizzare l'efficacia del metodo montessoriano rispetto ai trattamenti tradizionali nella gestione dei sintomi della demenza.

Attraverso un'analisi di studi condotti, si cerca di determinare se l'approccio montessoriano potrebbe costituire una valida alternativa per migliorare lo stile di vita dei soggetti con demenza.

3.2 Metodi della ricerca

Prima di iniziare la revisione, è stata condotta un'indagine per identificare il problema su cui concentrarsi, con l'utilizzo di una serie di domande preliminari, come:

- Quali sono le principali cause della demenza?
- Qual è la sintomatologia più comune?
- Quali sono i trattamenti tradizionali utilizzati?

In seguito, è stato formulato il quesito di foreground attraverso l'utilizzo del metodo P.I.C.O.:

P	Paziente- popolazione	Pazienti affetti da demenza
I	Interventi	Efficacia del metodo montessoriano nella limitazione della sintomatologia correlata a demenza
C	Comparazione	Confronto con i metodi tradizionali
O	Out come- esito	Esaminare se l'approccio montessoriano risulta efficace nel ridurre i sintomi e nel migliorare la qualità della vita delle persone con demenza.

Per la revisione è stata consultata la banca dati PubMed.

Per indirizzare la ricerca verso le informazioni più pertinenti all'obiettivo della revisione, sono state utilizzate parole chiave come: "*Dementia*", "*Montessori method*", "*treatment*", "*symptomatology*"

CRITERI DI INCLUSIONE:

- Articoli datati dopo l'anno 2009
- Articoli in lingua inglese, italiana e portoghese che presentavano un Abstract consultabile
- Popolazione presa in esame: persone con demenza da lieve a grave a cui venivano somministrati interventi montessoriani

CRITERI DI ESCLUSIONE:

- Articoli datati precedentemente all'anno 2009.
- Esclusione degli articoli che esaminano persone con deficit cognitivi non correlati alla demenza.
- Criteri di intervento non chiaramente descritti o diversi dal metodo montessoriano.

3.3 Risultati

Tabella estrazione dati:

Titolo Anno	Autori	Disegno di studio/ Metodo raccolta dati	Setting	Obiettivi	Risultati
“The impact of montessori - based programmes on individuals with dementia living in residential aged care: A systematic review” 2023	Zhoumei Yany, Victoria Traynor, Ibrahim Alananzeh, Peta Drury, Hui-Chen (Rita) Chang	Revisione sistematica con sintesi narrativa. Inclusione di 15 studi.	Taiwan , Stati Uniti, Cina, Australia, Canada , Pakistan	Valutare l'efficacia dei programmi basati su Montessori nel migliorare il benessere delle persone con demenza che vivono in strutture residenziali.	Identificazione di quattro principali categorie di impatto dei programmi montessoriani: 1.Coinvolgimento migliorato in modo significativo; 2.Risultati positivi sulla salute mentale; 3.Miglioramento dell'alimentazione; 4.Nessun cambiamento significativo nelle attività quotidiane e nella qualità della vita

<p><i>“Effectiveness of Montessori-based activities on agitation among Asian patients with dementia A systematic review and meta-analysis”</i></p> <p>2022</p>	<p>Lingyan Xu, Zhihua Zhang, Xiaoxun Xu</p>	<p>Revisione sistematica e metanalisi.</p> <p>Inclusione di studi clinici prospettici randomizzati, dai quali sono stati estratti i dati.</p> <p>Inclusione di quattro studi (totale partecipanti presi in esame:460).</p>	<p>Hong Kong Cina</p>	<p>Valutazione dell'efficacia delle attività basate su Montessori sull'agitazione correlata alla demenza in pazienti asiatici.</p>	<p>Le attività basate su Montessori possono ridurre la frequenza dell'agitazione, soprattutto nei comportamenti fisici aggressivi e verbali rispetto alle attività standard.</p> <p>Un intervento a lungo termine (6 mesi) può migliorare in modo completo i comportamenti legati alla demenza, comprese le difficoltà alimentari, l'impegno costruttivo e all'affetto positivo, portando alla diminuzione dell'uso dei farmaci.</p>
<p><i>“Montessori method applied to dementia - literature review”</i></p> <p>2012</p>	<p>Daniela Filipa Soares Brandao, Josè Ignacio Martin</p>	<p>Revisione della letteratura.</p> <p>Inclusione di dieci studi.</p>	<p>Portogallo</p>	<p>Analizzare i principali studi empirici sul metodo Montessori nella demenza</p>	<p>Gli studi empirici considerati hanno rafforzato l'evidenza che il metodo Montessori rappresenta un intervento benefico per la riduzione dei sintomi comportamentali nella demenza.</p>
<p><i>“A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using</i></p>	<p>Eva S. van der Ploeg, Barbara Eppingstall, Cameron J. Camp, Susannah J. Runci, John Taffe,</p>	<p>Trial controllato randomizzato.</p> <p>Inclusione di nove strutture residenziali, totale di 44 partecipanti.</p>	<p>Melbourne, Australia</p>	<p>Valutazione dell'efficacia di attività di interazione personalizzate basate sui principi Montessori per migliorare: agitazione, affetto e coinvolgimento.</p>	<p>Questo studio ha dimostrato:</p> <p>1. Diminuzione del comportamento agitato sia durante le sessioni Montessori che durante quelle di controllo.</p>

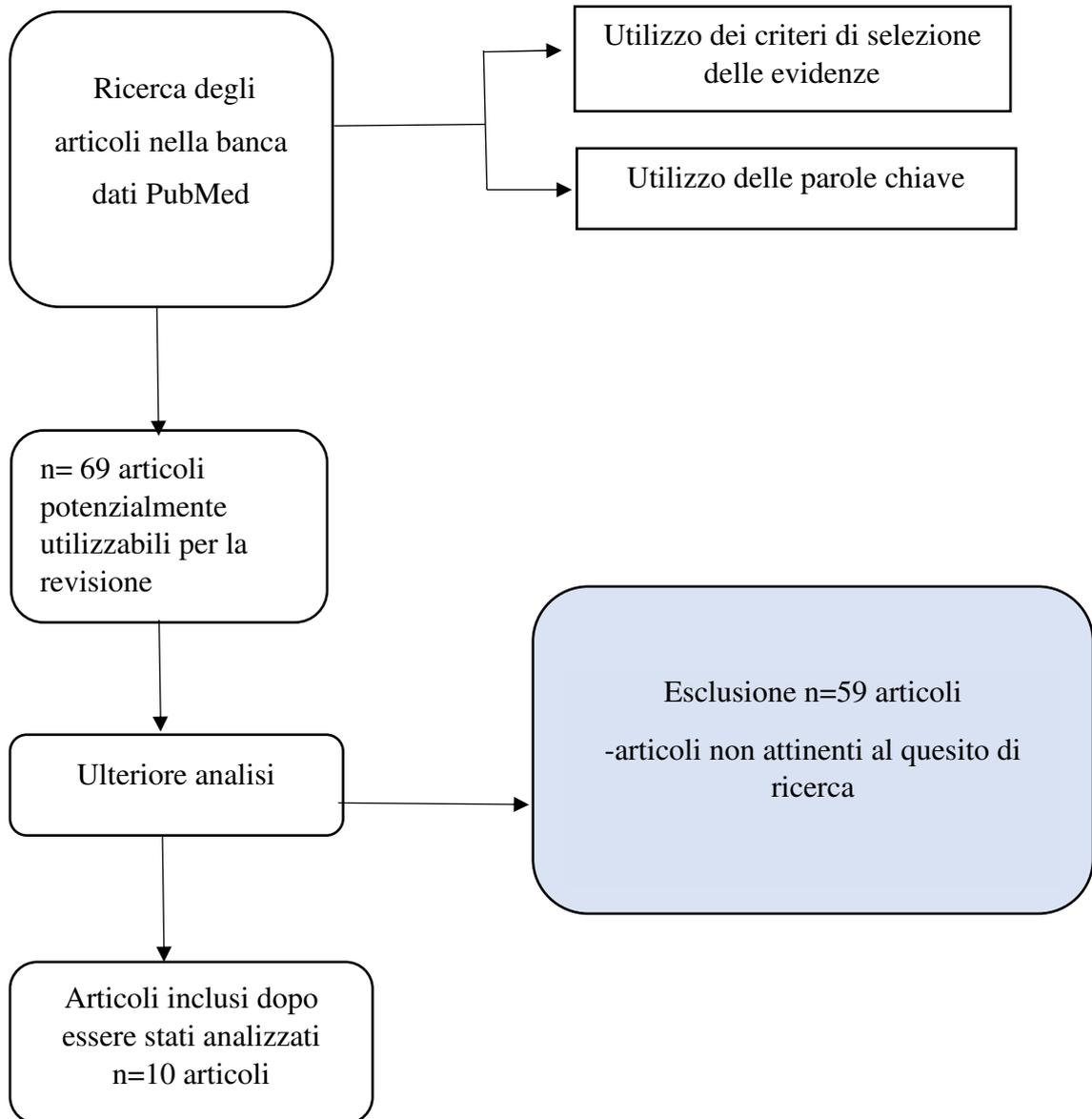
<p><i>Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia”</i></p> <p>2013</p>	<p>Daniel W. O’Connor</p>	<p>Monitoraggio 30 min prima, durante e dopo l’intervento montessoriano. Ogni minuto è stata annotata la presenza /assenza di comportamenti fisici aggressivi e il grado di coinvolgimento.</p>			<p>2. Durante le attività Montessori, i partecipanti hanno trascorso il doppio del tempo attivamente impegnati rispetto alla condizione di controllo, mostrando anche maggiore interesse ed effetti positivi.</p>
<p>“<i>A Systematic Review of Montessori-Based Activities for Persons With Dementia”</i></p> <p>2016</p>	<p>Christine L. Sheppard, Caitlin McArthur, Sander L. Hitzig</p>	<p>Revisione sistematica. Inclusione di 14 articoli, selezionati su 150.</p>	<p>Ontario Canada</p>	<p>Scopo di questo studio era quello di valutare sistematicamente la qualità della ricerca esaminando i benefici delle attività basate su Montessori per le persone con demenza.</p>	<p>Le evidenze hanno identificato tre principali categorie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.cognizione: i programmi montessoriani sembrano aver effetto sulle abilità di livello inferiore come memoria ed attenzione, mentre sono incerti i benefici sulle abilità avanzate come il ragionamento spaziale. 2.Comportamenti alimentari: le difficoltà alimentari potrebbero essere ridotte con la formazione Montessori e c’è stato un aumento di autoalimentazione. Nonostante questi miglioramenti, non è stato osservato alcun impatto sullo stato nutrizionale. 3.Affetto e coinvolgimento: forti prove dimostrano che l’approccio montessoriano migliora l’impegno costruttivo e promuove un approccio più positivo.

<p><i>“The moderating effect of nutritional status on depressive symptoms in veteran elders with dementia: a spaced retrieval combined with Montessori-based activities”</i></p> <p>2013</p>	<p>Hua-Shan Wu, Li-Chan Lin</p>	<p>Studio quasi sperimentale in cieco unico. I partecipanti sono stati divisi in: 25 persone nel gruppo fisso, 38 persone nel gruppo individualizzato, 27 persone nel gruppo di controllo.</p>	<p>Cina</p>	<p>Esaminare gli effetti a lungo termine (follow-up specifico) del recupero distanziato fisso/individualizzato combinato con attività basate su Montessori sullo stato nutrizionale e sull'indice di massa corporea (BMI) in persone con demenza ed esaminare la correlazione con sintomi depressivi.</p>	<p>Il gruppo fisso ha mostrato un miglioramento significativo nello stato nutrizionale e nell'indice di massa corporea (BMI) rispetto al gruppo di controllo. Il gruppo individualizzato ha mostrato un miglioramento ancora più significativo nello stato nutrizionale e nell'indice di massa corporea (BMI) rispetto al gruppo fisso e al gruppo di controllo. Il miglioramento nutrizionale ha avuto un effetto di moderazione sui sintomi depressivi, con una riduzione dei sintomi nei gruppi di intervento rispetto al gruppo di controllo.</p>
<p><i>“Using Acupressure and Montessori-Based Activities to Decrease Agitation for Residents with Dementia: A Cross-Over Trial”</i></p> <p>2009</p>	<p>Li-Chan Lin PhD, Man-Hua Yang, Chieh-Chun Kao, Shi-ao-Chi Wu, Sai-Hung Tang, Jaung-Geng Lin.</p>	<p>È stato utilizzato un design cross-intento a doppio cieco, randomizzato (due trattamenti e un controllo). I siti per lo studio erano sei unità di cura speciali per i residenti con demenza in strutture di assistenza a lungo termine. Totale di 133 partecipanti, a cui sono stati somministrate attività montessoriane, attività di digitopressione e un gruppo di controllo. (durata quattro settimane).</p>	<p>Taiwan Cina</p>	<p>Esaminare l'efficacia della digitopressione e delle attività basate sul metodo Montessori nel diminuire i comportamenti agitati nei pazienti affetti da demenza e stabilire quali tra i due trattamenti sia più efficace.</p>	<p>Dopo aver ricevuto il trattamento una volta al giorno, per sei giorni alla settimana per un totale di quattro settimane è emerso che i gruppi a cui sono stati somministrati gli interventi hanno diminuito i comportamenti fisici aggressivi e verbali rispetto al gruppo di controllo. Il gruppo di digitopressione ha avuto effetti positivi rispetto al gruppo di controllo, ma il gruppo Montessoriano ha raggiunto risultati migliori rispetto all'altro intervento nella riduzione dei sintomi aggressivi.</p>

<p><i>“Using the Montessori approach for a clientele with cognitive impairments: a quasi-experiment al study design”</i></p> <p>2010</p>	<p>Dominique Giroux , Line Robichaud, Martin Paradis</p>	<p>Si tratta di uno studio quasi sperimentale in cui ciascuno dei 14 partecipanti (reclutati in una casa di cura per veterani, affetti da disturbi cognitivi da lievi a gravi) è stato osservato e filmato in due condizioni: durante le attività Montessori e durante le attività regolari e una condizione di controllo (nessuna attività).</p>	<p>Québec Canada</p>	<p>L'obiettivo principale di questo studio era quindi quello di misurare l'effetto dell'uso del materiale montessoriano già esistente a base sensoriale sull' approccio su persone con demenza da moderata a grave.</p>	<p>È possibile affermare che l'uso di questo approccio ha un impatto positivo sull'affetto e sulla partecipazione delle persone con demenza. Sembrano più allegri, mostrano più segni di piacere e presentano meno segni di ansia, rabbia o paura quando partecipano alle attività Montessori. In breve, l'effetto positivo osservato è maggiore quando i partecipanti sono coinvolti in un'attività regolare che in assenza di attività e ancora maggiore quando svolgono attività Montessori</p>
<p><i>“Montessori mealtimes for dementia: A pathway to person-centred care”</i></p> <p>2022</p>	<p>Jade Cartwright, Karen Roberts , Elizabeth Oliver , Michelle Bennett , Anne Whitworth</p>	<p>Progetto di ricerca osservazionale della durata di 30 mesi. Analisi di cinque registrazioni video in persone con demenza in un'unità di supporto per memoria.</p>	<p>Londra, Inghilterra</p>	<p>Questo studio ha analizzato l'effetto di un intervento basato sulla pedagogia montessoriana sulle persone affette da demenza al fine di migliorare l'esperienza dei pasti dei residenti e le pratiche di assistenza alimentare del personale all'interno di un'unità di supporto alla memoria.</p>	<p>È stato notato un maggior coinvolgimento delle persone con demenza durante l'alimentazione e un significativo miglioramento nel coinvolgimento del personale, dopo attività a base montessoriana. Lo studio fornisce nuove prove per sostenere l'uso di un intervento Montessori per ottenere una maggiore cura dei pasti incentrati sulla persona e che ha portato a un'esperienza culinaria più rispettosa, abilitante e sociale. Le implicazioni cliniche e la direzione per la ricerca futura sono presentate per basarsi su questi risultati.</p>
<p><i>“Caring for people with dementia”</i></p>	<p>Gail Roberts, Catherine Morley,</p>	<p>Studio pilota. Sviluppato da un servizio sanitario</p>	<p>Victoria, Stato australiano</p>	<p>Valutazione di un modello di cura centrato sulla persona, in riferimento ai</p>	<p>Sono stati osservati comportamenti significativamente positivi fra i residenti. Diminuzione di farmaci</p>

<p><i>in residential aged care: successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities”</i></p> <p>2015</p>	<p>Wendy Walters, Sue Malta, Colleen Doyl</p>	<p>geriatrico australiano. È stato sperimentato in un’unità di assistenza da 15 posti letto per persone ambulantanti affette da demenza, in un servizio sanitario rurale.</p>		<p>principi montessoriani e gli effetti sulle persone affette da demenza nei residenti di un’unità di cura.</p>	<p>antipsicotici per limitare i sintomi e un soddisfacimento delle famiglie dei malati.</p>
--	---	---	--	---	---

Figura 1: diagramma di flusso



3.4 Discussione

Negli ultimi decenni, l'attenzione verso i trattamenti non farmacologici per la demenza è cresciuta considerevolmente. Tra questi, il Metodo Montessori si distingue come un approccio innovativo e promettente, incentrato sulla persona e capace di apportare benefici in diverse aree sintomatiche.

Sono diversi gli studi che hanno l'obiettivo di dimostrare l'efficacia di tale metodo e in quali specifici sintomi esso va ad agire, apportando dei miglioramenti.

I sintomi dell'agitazione, essendo una delle rappresentazioni più distruttive della demenza, hanno ricevuto ampia attenzione.

Uno studio condotto su un campione di 460 partecipanti, suggerisce che le attività basate su Montessori possono ridurre la frequenza dell'agitazione, soprattutto nei comportamenti fisici aggressivi rispetto alle attività standard nei pazienti asiatici con demenza. Dimostrando una differenza media aggregata dell'agitazione di -3,86 rispetto all'attività standard. [13]

I risultati di uno studio crossover randomizzato, condotto in nove strutture residenziali nella metropolitana di Melbourne (Australia) hanno mostrato una considerevole diminuzione dei comportamenti aggressivi durante le attività a base montessoriane. Osservando i partecipanti prima, durante e dopo le attività montessoriane e in quelle tradizionali si è notato un maggior coinvolgimento e una diminuzione dei sintomi comportamentali aggressivi rispetto alle sezioni di controllo. [14]

Includendo centotrenta tre residenti in strutture residenziali a lungo termine nella città di Taiwan (Cina), è stato condotto uno studio randomizzato. Dividendo i partecipanti in due gruppi di intervento e uno di controllo ed osservati per quattro settimane. Lo studio ha confrontato l'efficacia di due interventi non farmacologici: la digitopressione e le attività montessoriane. I risultati dimostrano che entrambi gli interventi hanno portato a una riduzione significativa dei comportamenti agitati e fisicamente aggressivi. Inoltre, il gruppo di intervento basato sul Metodo Montessori ha avuto un impatto significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo e un effetto più positivo rispetto alla digitopressione nel controllo dei sintomi aggressivi nelle persone affette da demenza. [15]

Le *difficoltà alimentari* rappresentano un grave rischio di malnutrizione per le persone affette da demenza, con un livello di rischio che varia a seconda dell'ambiente di cura e dello stadio della malattia.

La prevenzione della malnutrizione richiede un impegno significativo, che è stimato intorno al 25% dei costi totali per l'assistenza.

Poiché si tratta di un problema estremamente serio, sono stati condotti diversi studi per migliorare la comprensione delle difficoltà alimentari e per sviluppare strategie di supporto sia per i pazienti che per i caregiver. [16].

Il metodo Montessori applicato all'alimentazione dei pazienti affetti da demenza rappresenta un'interessante novità che potrebbe portare significativi miglioramenti nella loro quotidianità, favorendo autonomia e indipendenza.

Come dimostra, i risultati della revisione sistematica condotta da Yan et al. nel 2023, i programmi Montessori possono avere un impatto significativo sulla difficoltà di alimentazione nelle persone con demenza dopo l'intervento. È emerso che migliorare lo stato nutrizionale può ridurre la depressione tra i partecipanti, e questi effetti positivi sull'alimentazione si sono mantenuti fino a sei mesi post-intervento.

Tuttavia, non sono emersi miglioramenti nell'Indice di Massa Corporea e nel peso corporeo degli individui assistiti nonostante i risultati promettenti. È stato anche evidenziato che i programmi Montessori si sono dimostrati più efficaci quando combinati con esercizi di recupero spaziatto. [2]

Nel 2016, in Ontario (Canada), è stata condotta una revisione sistematica che ha analizzato due studi che prendevano in esame assistiti affetti da demenza e residenti in case di cura a lungo termine. A queste persone sono stati somministrati esercizi basati sul metodo Montessori durante i pasti, con l'obiettivo di migliorare il tempo impiegato per l'autoalimentazione e ridurre la necessità di assistenza verbale e fisica da parte degli operatori.

I risultati hanno mostrato che l'addestramento Montessori ha portato a una maggiore facilità nell'alimentazione rispetto alle attività standard, con una frequenza più alta di autoalimentazione. Tuttavia, i tempi impiegati per mangiare erano più lunghi rispetto alle attività di routine. Non sono stati riscontrati aumenti nella frequenza dell'assistenza verbale e fisica da parte del personale durante i pasti. [17].

Nel loro studio del 2013, Hua-Shan Wu e Li-Chan Lin, hanno dimostrato che i sintomi depressivi nei pazienti affetti da demenza possono essere alleviati tramite interventi individualizzati volti a migliorare la nutrizione. Gli infermieri clinici specializzati possono dunque adottare questo approccio per curare i pazienti con demenza che presentano carenze alimentari e sintomi depressivi. [18].

Un lavoro di ricerca condotto da J. Cartwright et al. nel 2022 ha analizzato i benefici dei programmi montessoriani durante i pasti in una struttura residenziale di Londra. Dopo 30 mesi di osservazioni, è emerso che le persone con demenza mostravano maggiore coinvolgimento durante l'alimentazione, grazie agli interventi centrati sulla persona. Questo approccio ha favorito un'esperienza culinaria più dignitosa e socialmente abilitante per gli ospiti della struttura. Tuttavia, è importante considerare che i risultati ottenuti potrebbero non essere completamente rappresentativi a causa del breve periodo di osservazione e del campione limitato. Quanto emerso, dovrebbe essere preso in considerazione per le future ricerche in questo settore al fine di poter trarre conclusioni più significative. [19].

Negli ultimi due decenni, i programmi basati su Montessori, sono stati applicati, anche, per affrontare i *problemi di salute mentale* nella cura della demenza. Nella revisione condotta nel 2023 da Yany et al. è emerso che gli interventi hanno avuto esiti significativi sull'affetto, umore e una riduzione dei tassi di prescrizione di farmaci antipsicotici e sedativi, anche se non hanno avuto effetti direttamente apprezzabili sulla depressione.

È stato evidenziato che il coinvolgimento dei pazienti in piccoli gruppi favorisce interazioni sociali positive con i loro coetanei. Tuttavia, per i pazienti con demenza avanzata non si sono riscontrati risultati positivi, ma anzi, si sono verificati effetti negativi sul loro benessere psicologico. [2]

Sheppard et al. (2016) hanno ottenuto risultati simili in una revisione condotta, che ha dimostrato che i programmi basati su Montessori hanno effetti positivi sull'umore, sulla cognizione e sull'ansia. Tuttavia, è stato osservato che i risultati erano influenzati da molti fattori, rendendo difficile attribuire una causalità o isolare variabili specifiche. [17].

In uno studio singolo condotto in Victoria, Australia è emerso che i programmi a base montessoriana applicati a soggetti con demenza in un'unità di cura ha apportato notevoli cambiamenti comportamentali tra i residenti. Inoltre, è stata registrata una significativa riduzione dell'uso di farmaci antipsicotici e sedativi. Il personale ha

segnalato un aumento della consapevolezza nell'adempimento delle esigenze delle persone affette da demenza, anche le famiglie hanno espresso grande soddisfazione per i cambiamenti avvenuti nei propri cari. [20].

CONCLUSIONI

Le ricerche hanno dimostrato che il metodo Montessori, basato sull'idea di favorire l'autonomia, la stimolazione cognitiva e la socializzazione, ha un impatto positivo sui comportamenti e sulle abilità cognitive dei soggetti affetti da demenza.

Importanti risultati si sono registrati anche nel miglioramento delle difficoltà alimentari. Tuttavia, è emerso che sono necessari ulteriori studi scientifici per valutarne l'efficacia, soprattutto nelle fasi più avanzate della malattia.

Il ruolo dell'infermiere nell'applicazione del metodo montessoriano per la demenza è fondamentale per garantire il benessere e la qualità della vita dei pazienti affetti da questo disturbo. L'infermiere, essendo una tra le figure che condivide più tempo con l'assistito ha il compito di individuare le esigenze specifiche di ogni malato e di adattare il metodo montessoriano alle singole esigenze e capacità cognitive.

L'infermiere deve essere in grado di creare un ambiente sicuro, confortevole e stimolante, fornendo supporto e assistenza nella sperimentazione di attività e materiale Montessoriano. Inoltre, deve essere in grado di incoraggiare l'autonomia e l'indipendenza del soggetto, aiutandolo a mantenere un senso di identità e di autoefficacia.

Monitorando costantemente il progresso dell'assistito, l'infermiere dovrebbe valutare l'efficacia delle attività proposte e apportare eventuali modifiche necessarie. È importante anche comunicare efficacemente con il team di cura e con i familiari del paziente per garantire una continuità nell'assistenza e un adeguato supporto emotivo.

Nonostante l'efficacia dimostrata del metodo Montessori, la mancanza di un modello standardizzato e la limitata diffusione nella pratica possono limitare i risultati e la ricerca. Inoltre, implementare il metodo richiede investimenti e formazione del personale. Tuttavia, il metodo Montessori può essere considerato un valido intervento terapeutico non farmacologico, e ulteriori ricerche sono auspicabili per approfondire la sua efficacia e sviluppare modelli di intervento standardizzati per le diverse fasi della demenza.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. Guaita A., Petrucci B.M. (2021) *Vivere con...l'Alzheimer*. Firenze: Giunti Editore S.p.A.
2. Yan Z, Traynor V, Alananzeh I, Drury P, Chang HR. *The impact of montessori-based programmes on individuals with dementia living in residential aged care: A systematic review*. *Dementia (London)*. 2023 Aug;22(6):1259-1291. Epub 2023 May 13.
3. Cameron J.Camp (2016) *Vivere con l'Alzheimer. Consigli semplici per la vita quotidiana*. Trento: Erick
4. Demenze (2013). Istituto Superiore Sanità/ Epicentro- l'epidemiologia per la Sanità pubblica. <https://www.epicentro.iss.it/demenza/>
5. (online) https://www.alz.org/alzheimers-dementia/10_signs
Ultima consultazione :28/01/2024
6. Breijyeh Z, Karaman R. *Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment*. *Molecules*. 2020 Dec 8;25(24):5789.
7. Khan S, Barve KH, Kumar MS. *Recent Advancements in Pathogenesis, Diagnostics and Treatment of Alzheimer's Disease*. *Curr Neuropharmacol*. 2020;18(11):1106-1125.
8. (online) <https://www.lundbeck.com/it/patients/neurology/alzheimers-disease>
Ultima consultazione: 30/01/2024
9. Castellarnau A., Castro M. (2019) *Maria Montessori. La donna che rivoluzionò per sempre il mondo dell'educazione*. Milano: RBA Italia S.r.l.

10. Taddia F, Perino A, Poi R. (2020) *Il metodo Montessori e gli anziani fragili. Principi e metodi per migliorare il benessere e le autonomie*. Trento: Centro Studi Erickson S.p.A
11. Cheston R, Marshall A. (2021) *Vivere bene con la demenza. Manuale per facilitatori*. Trento: Erickson
12. (online) <https://www.lastampa.it/biella/2019/01/17/news/al-pronto-soccorso-il-metodo-montessori-e-le-bambole-aiutano-i-malati-di-alzheimer-1.33671212>
Ultima consultazione 01/02/2024
13. Xu L, Zhang Z, Xu X. *Effectiveness of Montessori-based activities on agitation among Asian patients with dementia: A systematic review and meta-analysis*. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Aug 12;101(32):e29847
14. van der Ploeg ES, Eppingstall B, Camp CJ, Runci SJ, Taffe J, O'Connor DW. *A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia*. *Int Psychogeriatr*. 2013 Apr;25(4):565-75.
15. Lin LC, Yang MH, Kao CC, Wu SC, Tang SH, Lin JG. *Using acupuncture and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: a cross-over trial*. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Jun;
16. Vitali S, Gabellieri C, Luise S. (2015). *Difficoltà di alimentazione nella persona affetta da demenza*. I luoghi della cura: rivista online, Network non autosufficienza (NNA) reperibile al sito:
<https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2015/06/difficolta-di-alimentazione-nella-persona-affetta-da-demenza/>
17. Sheppard CL, McArthur C, Hitzig SL. *A Systematic Review of Montessori-Based Activities for Persons With Dementia*. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Feb;17(2):117-22.
18. Wu HS, Lin LC. *The moderating effect of nutritional status on depressive symptoms in veteran elders with dementia: a spaced retrieval combined with Montessori-based activities*. *J Adv Nurs*. 2013 Oct;
19. Cartwright J, Roberts K, Oliver E, Bennett M, Whitworth A. *Montessori mealtimes for dementia: A pathway to person-centred care*. *Dementia (London)*. 2022 May;21(4):1098-1119. doi: 10.1177/14713012211057414. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35259303.

20. Roberts G, Morley C, Walters W, Malta S, Doyle C. *Caring for people with dementia in residential aged care: successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities*. *Geriatr Nurs*. 2015 Mar-Apr;36(2):106-10. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.11.003. Epub 2014 Dec 12.