



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**COMUNICAZIONE CON PAZIENTE
AFFETTO DA ALZHEIMER**

Relatore: Chiar.mo

Dott. Stefano Marcelli

Tesi di Laurea di:

Silvio Pio Coccia

Correlatore: Chiar.ma

Dott.ssa Tiziana Traini

A.A. 2020/2021

Dedicato a chi non ha mai smesso di credere in qualcosa.

INDICE

Capitolo 1: MALATTIA DI ALZHEIMER

1.1. Definizione e generalità.....	1
1.2. Patogenesi e fattori di rischio	3
1.3. Sintomatologia e stadiazione	6
1.4. Diagnosi.....	8
1.5. Approccio terapeutico.....	11
1.6. Complicanze.....	13

Capitolo 2: COMUNICAZIONE

2.1. Tipi di comunicazione	15
2.2. Importanza comunicazione paziente-infermiere.....	18
2.3 Comunicazione della diagnosi di AD	20
2.4 La comunicazione con malato di Alzheimer	22

CONCLUSIONI	25
-------------------	----

RINGRAZIAMENTI	26
----------------------	----

BIBLIOGRAFIA	27
--------------------	----

SITOGRAFIA.....	29
-----------------	----

Introduzione

La demenza è stata definita dall'OMS una vera priorità mondiale di salute pubblica dove l'impatto è in continuo aumento, la prognosi è sfavorevole nel giro di pochi anni e il decorso della malattia ha un forte impatto negativo sociopsicologico, costituendo, anche, un grande impegno da parte del caregiver.

Circa il 60% di tutte le demenze sono rappresentate dal Morbo di Alzheimer; Come conferma il World Alzheimer Report, a questa patologia non gli vengono dedicate le giuste accortezze per diagnosi, trattamenti e gestione.

Il Morbo di Alzheimer (AD) è stato descritto per la prima volta nel 1906 dal neuropsichiatra tedesco Alois Alzheimer studiando una paziente di nome Auguste Deter; Si rese subito conto di avere a che fare con una nuova patologia, studiandola a fondo individuò un'importante atrofia corticale con la presenza di ammassi neurofibrillari. L'importanza fu lo studio prettamente anatomista della demenza.

Questa malattia può essere definita come una patologia neurodegenerativa con un decorso progressivo e cronico, attualmente non esistono farmaci che possono interrompere il decorso della patologia, esistono terapie farmacologiche e non che migliorano la qualità di vita del paziente e rallentano l'evoluzione del deficit cognitivo.

Tra i sintomi principali di questa patologia figurano deficit mnesici, deficit di attenzione, afasia, agnosia; Questi sintomi influiscono indubbiamente sulla qualità di comunicazione paziente-caregiver.

La comunicazione è alla base dell'interazione tra gli individui, capire ed essere capito è molto importante per sentirsi liberi nell'esternarsi senza temere; La paura, il disagio, il chiudersi in sé hanno un ruolo significativo nel paziente affetto da Alzheimer che riscontra risposte quasi sempre di negazione e di incomprensione.

Questa ricerca su cui ho lavorato è stata indotta da una situazione familiare personale la quale mi ha spinto ad approfondire questa patologia, le terapie attualmente utili e cosa può realmente mettere in pratica il caregiver, nello specifico nel campo della comunicazione.

Le ricerche sono in continuo aggiornamento per scoprire ancora molti lati ignoti e per garantire, eventualmente in futuro, una terapia capace di risolvere definitivamente questa patologia.


























CAPITOLO PRIMO-MORBO DI ALZHEIMER

1.1 Definizione e generalità

Il decadimento cognitivo è un processo fisiologico a cui noi tutti andiamo incontro; Rallentamento nei processi di apprendimento, riduzione di velocità di esecuzione, declino della memoria e concentrazione, instabilità umorale sono i classici sintomi riportati dalle persone nel corso della vita.

Dai 30 ai 75 anni il nostro cervello perde fino al 10% del suo peso e fino al 20% del suo rifornimento di sangue ma grazie ad un processo di compensazione le funzioni rimangono stabili mentre nelle patologie neurodegenerative c'è una compromissione delle attività quotidiane e lavorative.

In un decennio gli italiani sono diventati più longevi di circa due anni, [18] secondo le stime ISTAT nel 2019 la vita media in Italia è pari a 80,8 per gli uomini e 85,2 per le donne occupando la seconda posizione in Europa, dopo la Spagna, per numero di anziani (≤ 65 AA); Questo dato ci può indicare come lo studio volto alla ricerca di malattie neurodegenerative risulta essere sempre più importante, la prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è dell'8% negli over 65 e 20% over 80 anni, le proiezioni indicano che nei prossimi 30 anni i casi di demenza potrebbero triplicare.

INDICATORE	Valore ultimo anno disponibile	Variazione % (rispetto all'anno precedente)	Variazione % (rispetto al 2010)
1. Speranza di vita alla nascita (anni, 2017)	82,7		
2. Speranza di vita in buona salute alla nascita (anni, 2017)	58,7		
3. Indice di salute mentale (MH) (punteggi medi, 2017)	67,5		—
4. Mortalità infantile (per 1.000, 2015)	2,9		
5. Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (per 10.000, 2017)	0,7		
6. Mortalità per tumore (20-64 anni) (per 10.000, 2015)	8,9		
7. Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (per 10.000, 2015)	32,0		
8. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (anni, 2017)	9,7		
9. Eccesso di peso (% , 2017)	44,8		
10. Fumo (% , 2017)	19,9		
11. Alcol (% , 2017)	16,7		
12. Sedentarietà (% , 2017)	37,9		
13. Adeguata alimentazione (% , 2017)	19,2		




— Confronto non disponibile  Miglioramento  Stabilità  Peggioramento

Fig.1 Indicatori del dominio Salute: valore ultimo anno e variazione rispetto all'anno precedente e al 2010 (<https://www.istat.it>>2018 /12, salute bes 2018)

[19] Attualmente in Italia sono oltre un milione le persone affette da demenza di cui più della metà sono affette da morbo di Alzheimer, è bene evidenziare anche il gran numero di persone coinvolte nell'assistenza poiché la complessità clinica cambia radicalmente la vita quotidiana di intere famiglie.

[20] Il morbo di Alzheimer è un tipo di demenza progressiva e incurabile, molto complessa quanto deleteria che altera memoria, pensiero e comportamento; Non rappresenta il normale invecchiamento cerebrale e può non essere necessariamente correlato alla vecchiaia; infatti, in probabilità bassa e sporadica si può manifestare il così denominato "Alzheimer ad esordio precoce" che colpisce nell'età inferiore ai 65 anni (specificatamente tra i 40 e i 50 anni). È importante specificare questo aspetto dell'Alzheimer sull'esordio precoce poiché risulta molto difficoltosa nella diagnosi clinica, spesso i sintomi riportati dal giovane paziente sono attribuiti allo stress. Il problema sulla diagnosi nasce dal fatto che non è presente un test specifico per l'Alzheimer ma deve essere effettuato da un medico competente con l'aiuto di test cognitivi, esame neurologico e imaging cerebrale.

1.2 Patogenesi e fattori di rischio

L'analisi della patologia inizia sicuramente dall'analisi dei fattori di rischio e dall'evoluzione che ne consegue. [21] I fattori di rischio, sia ambientali che genetici, per l'AD sono ad oggi pochi quelli accertati e molti sono ancora oggetto di studio costantemente, questa patologia è sicuramente legata all'avanzamento dell'età ed è proprio per questo motivo che l'età viene identificata come rilevante fattore di rischio non modificabile.

Il secondo fattore di rischio non modificabile può essere individuato nel sesso femminile [1] poiché le donne vengono colpite dall'Alzheimer con maggior incidenza (quasi il doppio) rispetto agli uomini. Secondo uno studio condotto per l'Associazione Americana per la malattia di Alzheimer si considera il fattore ormonale, più precisamente si mostra l'ipotesi di come gli estrogeni tendono a far utilizzare meno l'ippocampo e di conseguenza maggiore vulnerabilità all'invecchiamento e formazione di placche.

[2] L'altro fattore di rischio considerato principale è quello genetico, in particolare l'allele $\epsilon 4$ del gene APOE; un interessante recente studio ha analizzato 23 mila persone con 23 varianti genetiche e dimostrato come incidono significativamente con APOE- $\epsilon 4$ condizionando l'insorgenza della patologia AD.

Le scelte che facciamo nella nostra quotidianità hanno un'influenza particolarmente significativa per ridurre l'insorgenza di patologie; I fattori di rischio modificabili per l'Alzheimer sono molteplici, riusciamo ad individuare fumo di sigaretta, assunzione di alcol, scarse attività di sfogo, diabete, ipercolesterolemia, obesità, pregressi traumi cerebrali e un tasso basso di scolarità.

Al contrario i fattori di protezione sono: assenza di familiarità, stile di vita sano (buona alimentazione, attività fisica e mentale routinaria), mantenere buone relazioni sociali.

Dal punto di vista fisiopatologico il cervello subisce delle alterazioni a livello macroscopico, microscopico e biochimico.

Le alterazioni a livello microscopico sono riconducibili alle placche beta amiloide $A\beta$ e ai grovigli neurofibrillari di proteina tau-iperfosforilata; [tab 1 e 2] La beta amiloide è un peptide proveniente dalla scissione di una proteina più grande (APP), nella malattia di Alzheimer c'è un accumulo anomalo di $A\beta 42$ che ha un'azione tossica nella zona extracellulare.

La formazione di grovigli neurofibrillari è dovuta a una fosforilazione eccessiva della proteina tau, fisiologicamente questa proteina viene fosforilata ma se in modo incontrollato comporta una aggregazione nell'ambiente intracellulare neuronale causandone la morte.

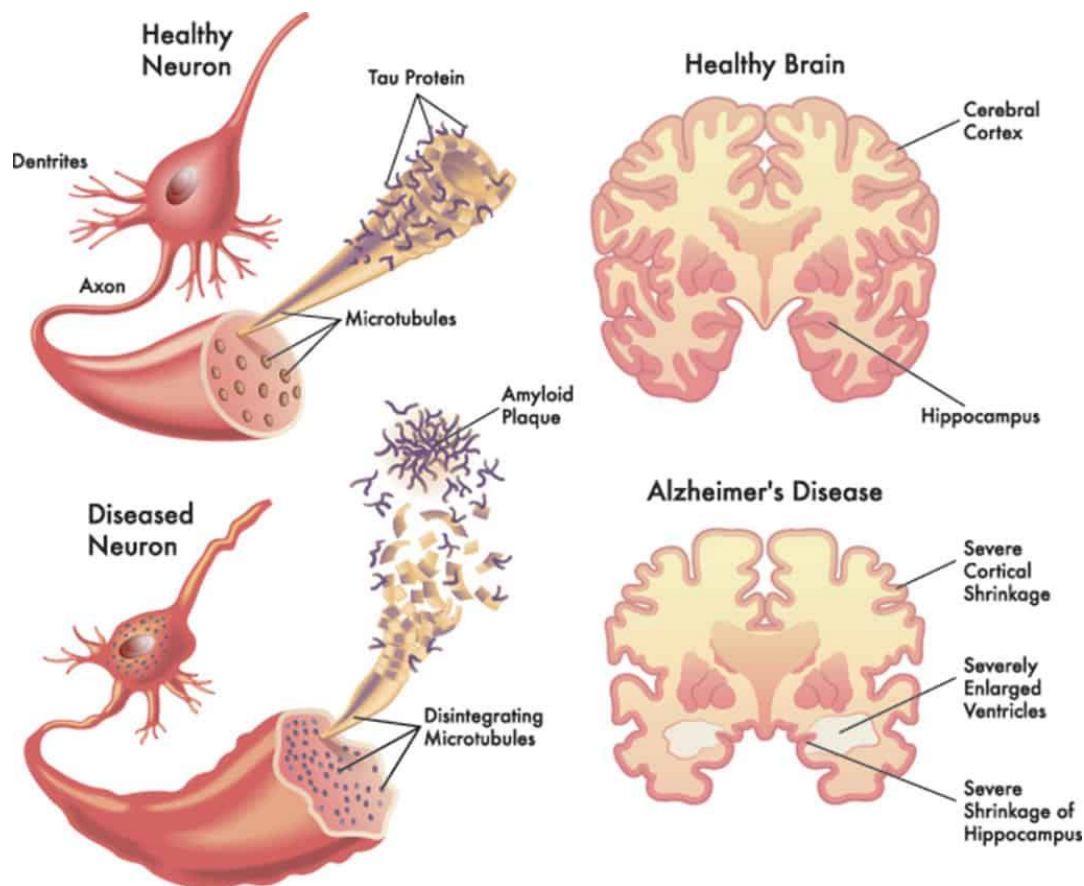


Fig.2 Placche amiloidi e grovigli neurofibrillari (Neuroscienze.net)

Queste molecole divenute tossiche iniziano a condurre danni neuronali ben presto dall'insorgenza dei primi sintomi, il motivo per cui i primi sintomi sono scarso apprendimento e memoria è perché l'accumulo di queste proteine inizia dall'ippocampo, nel lobo temporale, il quale è adibito a queste funzioni.

A livello macroscopico si evidenzia un importante ampliamento degli spazi liquorali, una rarefazione neuronale (riduzione del 40%) a livello delle aree corticali fronto-temporali e una rarefazione neuronale in strutture profonde quali amigdala e nuclei a proiezione corticale diffusa (nucleo di Meynert, locus coeruleus, nucleo dorsale del rafe). La riduzione neuronale nel nucleo di Meynert causa un'alterazione biochimica riconducibile alla riduzione di vari neurotrasmettitori tra cui Acetilcolina-ACh.

1.3 Sintomatologia e stadiazione

La sintomatologia della malattia di Alzheimer spesso non è chiara poiché oltre la variabilità da soggetto a soggetto c'è anche il fattore di confusione con sintomi fisiologici d'invecchiamento, i sintomi iniziali sono difficili da distinguere da una normale disattenzione dell'anziano perché sono lievi e poco frequenti.

Possiamo distinguere i sintomi in tre gruppi, declini cognitivi, disturbi non cognitivi e compromissione funzionale (ADL, IADL).

Nei declini cognitivi si riescono ad individuare alterazioni di: funzioni mnestiche (capacità del cervello di trattenere informazioni), funzioni prassiche e gnostiche (coordinamento mentale e fisico, ad ogni funzione mentale non corrisponde un'unica localizzazione anatomica), funzioni linguistiche, disorientamento spazio-temporale.

Nei disturbi non cognitivi figurano le oscillazioni dell'umore, alterazioni della personalità, psicosi, agitazione, disturbi comportamentali.

[22] La malattia di Alzheimer è una patologia lentamente progressiva con una fase preclinica lunga (fino a 20 AA) e una clinica fino a 8-10 AA, [23] proprio per questo motivo i sintomi possono essere divisi in fasi, Barry Reisberg direttore clinico del Dementia Research Center, ha sviluppato la Global Deterioration scale (GDS). La GDS è composta da sette stadi, i quali a loro volta sono suddivisi in due grandi gruppi. Il primo grande gruppo comprende gli stadi da 1 a 3 e vengono definiti preclinici, il secondo gruppo comprende gli stadi da 4 a 7 e sono gli stadi clinici (dallo stadio 5 la persona affetta non può sopravvivere senza aiuto).

- Fase 1- Nessuna disabilità, funzionalità normale.
- Fase 2- Declino cognitivo molto lieve, in questa fase non può essere evidenziata una demenza ma la persona evidenzia vuoti di memoria.
- Fase 3- Declino cognitivo lieve, le difficoltà più comuni in questa fase sono: difficoltà a trovare la parola, problemi con i nomi, difficoltà nello svolgere compiti a lavoro, perdere o non trovare oggetto, aumento dei problemi di programmazione o organizzazione.
- Fase 4- Declino cognitivo moderato, in questa fase eventuali i sintomi risultano essere più chiari: dimenticanza di recenti eventi, compromissione della capacità di eseguire calcoli aritmetici mentali impegnativi, maggiore difficoltà a svolgere compiti complessi, dimenticanza della propria storia.

- Fase 5-Declino cognitivo moderatamente grave, le lacune nella memoria risultano essere più evidenti e il soggetto necessita di aiuto per svolgere le attività quotidiane. In questa fase il soggetto potrebbe non essere in grado di ricordare dove abita, confondere il luogo, avere problemi con l'esecuzione di calcoli mentali, non essere in grado di scegliere l'abbigliamento adatto alla stagione, riesce ancora a mangiare e andare al bagno autonomamente.
- Fase 6-Declino cognitivo grave, in questa fase i sintomi peggiorano: perdere consapevolezza delle esperienze più recenti, ricordarsi il nome ma non le esperienze del proprio passato, riconoscere volti ma non ricordare il nome, avere bisogno di vestirsi, disturbi del ritmo circadiano del sonno, problemi nel gestire l'igiene personale, problemi nel controllo vescica e intestino, sbalzi umorali e di personalità.
- Fase 7-Declino cognitivo molto grave, in questa fase il soggetto perde la capacità di rispondere all'ambiente esterno e di reggere una conversazione, è necessario per il soggetto un aiuto costante nelle attività quotidiane tra cui mangiare o andare in bagno, i riflessi diventano anomali, i muscoli rigidi.

Reisberg's Stages (also called Global Deterioration Scale)			
1 No Cognitive Decline <ul style="list-style-type: none"> • No complaints of memory problems • No evidence of cognitive deficits 	2 Very Mild Cognitive Decline <ul style="list-style-type: none"> • Reports of memory problems, like misplacing objects or forgetting names • No evidence of issues with work or social situations 	3 Mild Cognitive Decline <ul style="list-style-type: none"> • Impaired concentration • Difficulty with work tasks • Some denial and anxiety about the deficits 	4 Moderate Cognitive Decline <ul style="list-style-type: none"> • Trouble remembering personal history • Trouble traveling or handling finances • Reduced expression of emotions • Withdrawal from situations that are challenging
5 Moderately Severe Cognitive Decline <ul style="list-style-type: none"> • Some assistance needed • Evidence of short-term memory loss • Lack of orientation to time, place, or date • May need assistance with choosing what to wear 	6 Severe Cognitive Decline <ul style="list-style-type: none"> • Lack of awareness of recent activities or surroundings • Activities of daily living may require assistance • Evidence of incontinence and or bowel issues • Sleep disturbances • Personality and behavior changes occur, including hallucinations, anxiety, agitation, and obsessive behavior 		7 Very Severe Cognitive Decline <ul style="list-style-type: none"> • Significant personality and behavior changes • Loss of speech and ability to hold a conversation • Difficulty moving, eating, and swallowing • Loss of bladder and bowel control • Unable to do daily activities without assistance

AlzheimersDisease.net

Fig.3 GDS-Global deterioration scale (AlzheimerDisease.net)

1.4 Diagnosi

[3] La diagnosi per qualsiasi tipo di demenza avviene quando c'è:

- Compromissione con lo svolgere attività lavorative e attività usuali;
- Declino rispetto ai precedenti livelli di funzionamento;
- I sintomi cognitivi e comportamentali non sono causati da delirium;
- Il deficit cognitivo è dimostrato e diagnosticato attraverso la combinazione di informazioni raccolte dal paziente e da persone che lo conoscono, una valutazione oggettiva delle prestazioni cognitive, attraverso una valutazione clinica dello stato mentale (test). La valutazione neuropsicologica dovrebbe essere effettuata quando l'anamnesi routinaria e la valutazione clinica dello stato mentale non fornisce una diagnosi affidabile.
- Il deficit cognitivo o le alterazioni comportamentali coinvolgono un minimo di due dei seguenti domini: – compromessa abilità di acquisire e ricordare nuove informazioni; – deficit nel ragionamento o nello svolgimento di compiti complessi, ridotta capacità di giudizio; – compromissione delle abilità visuospatiali; – alterazione del linguaggio (parlare, leggere, scrivere); – modificazioni nella personalità, nel comportamento e nella condotta

La diagnosi di Alzheimer non avviene tramite un test specifico poiché inesistente ma tramite un attento esame fisico e mentale, può essere possibile, probabile e certa. La probabilità aumenta tramite criteri e la presenza o meno di una seconda patologia. La diagnosi definitiva e certa avviene solo post morte con presenza evidente clinica e istopatologica di AD con mutazioni sul cromosoma 1,14,21. L'autopsia metterà in evidenza una diminuzione delle cellule nervose e un eccesso delle proteine amiloidi.

Si può evidenziare comunque la probabile malattia di Alzheimer tramite presenza di un core diagnostic criteria accompagnati ad una o più caratteristiche di supporto.

I core diagnostic criteria sono:

- Cambiamento della funzione mnesica graduale e progressivo riferito da un familiare o dal paziente per almeno sei mesi;
- Oggettivo deficit di memoria tramite test (es. Recall);
- Menomazione di memoria può essere isolato o associato ad altri deficit cognitivi.

Le caratteristiche di supporto sono:

- Atrofia del lobo temporale mesiale;
- Biomarker anomali del liquor;
- Pattern specifici al neuroimaging funzionale mediante PET;
- Presenza di mutazioni genetiche autosomiche dominanti nelle forme di AD familiare.

Gli esami strumentali hanno comunque un ruolo importante in cui ritroviamo la tomografia computerizzata ad emissione singola di fotoni (SPECT) e la tomografia ad emissione di positroni (PET), con questi esami si riesce a visualizzare corrispettivamente l'afflusso di sangue al cervello, il consumo di glucosio in determinate aree per valutare la funzione delle cellule nervose, i vari sistemi di neurotrasmettitori, la neuroinfiammazione, gli aggregati proteici.

[4] Una risonanza magnetica permette di ottenere delle immagini particolareggiate e distanziandole nel tempo vengono evidenziati eventuali segni di alterazione macroscopiche.

La Tomografia assiale computerizzata (TAC) misura lo spessore di una porzione encefalica.

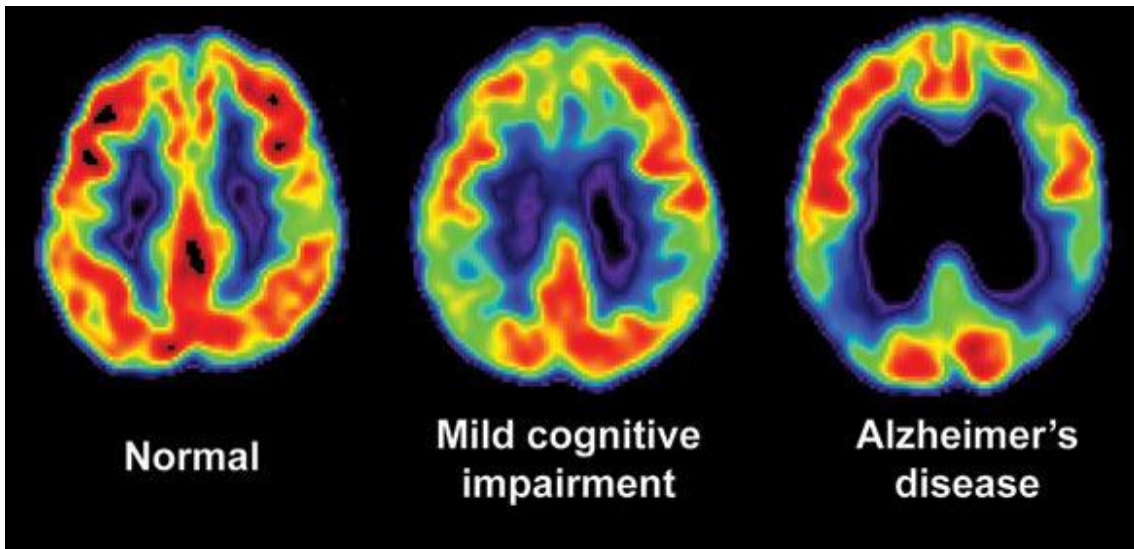


Fig.4 Pet in paziente normale, deterioramento cognitivo lieve e AD

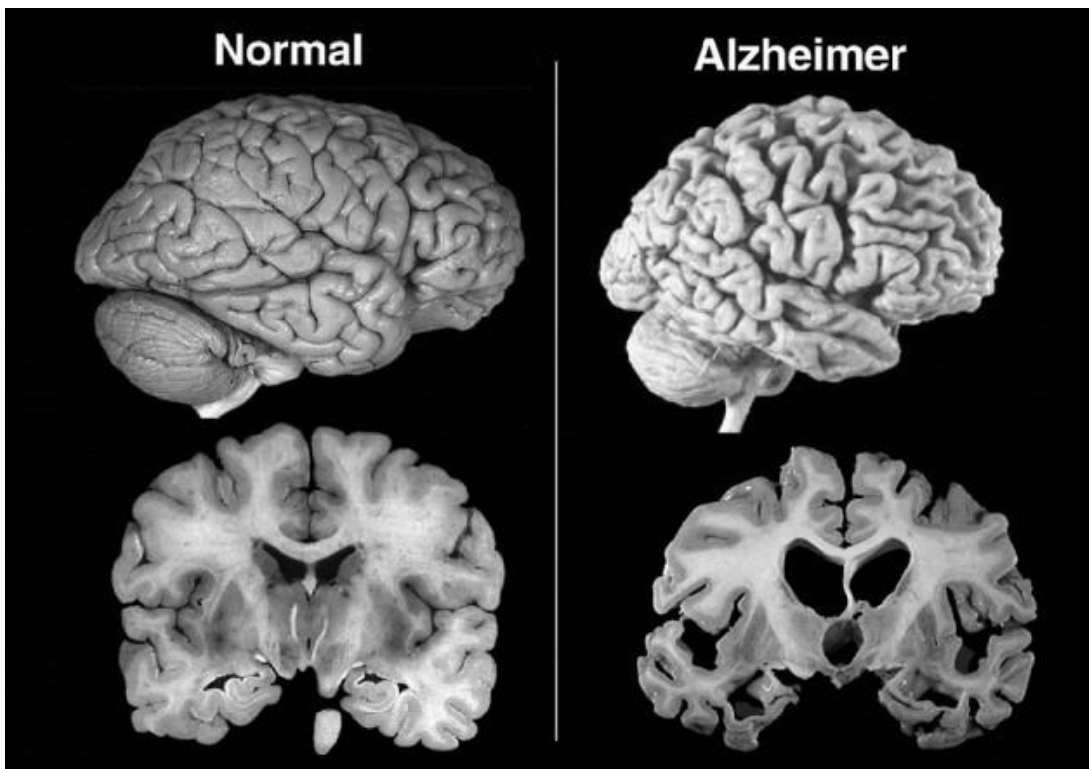


Fig.5 Differenza macroscopica tra cervello normale e affetto da AD

1.5 Approccio terapeutico

Attualmente non ci sono terapie in grado di interrompere il progressivo declino cognitivo e funzionale della malattia ma un approccio sistematico, intensivo e continuo porta ad un sostanziale miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua famiglia rallentando il declino.

[5] Nelle classi farmacologiche utilizzate per il trattamento figurano gli AchE inibitori quali Donezepil, Rivastigmina, Galantamina che sono utili per il trattamento dell'Alzheimer lieve o moderato; La memantina ha funzione sia come recettore antagonista dell'NmetilD-aspartato sia come agonista della dopamina, viene utilizzata per AD severa o moderata che mostrano difetti di vigilanza. Vengono utilizzati anche nootropi come Nicergolina e Idebenone per le turbe metaboliche vascolari, risulta essere importante la promozione del rilascio di Acetilcolina con L-Acetil carnitina.

Sono molto importanti anche le terapie non farmacologiche per ridurre i disturbi comportamentali, le strategie ambientali sono utili per attenuare psicosi, agitazione, depressione, insonnia. Gli interventi riabilitativi hanno dimostrato la loro efficacia anche nel rallentamento del declino cognitivo e funzionale, gli obiettivi proposti sono stimolare e potenziare le capacità residue, sostenere le motivazioni, portare paziente al miglior stato fisico, funzionale e sociale.

[6] Le strategie ambientali sono diverse per ogni tipo di disturbo:

- Psicosi: Ignorare le false accuse, correggere eventuali difetti sensoriali, mantenere una regolare attività fisica, spostare l'attenzione del paziente, mantenere ambiente tranquillo
- Agitazione: Evitare comportamenti che fanno precipitare la situazione rimuovendo quegli stimoli, distrarre paziente, fornire supporto emotivo
- Depressione: Rinforzare autostima positivamente, evitare situazioni stressanti, assicurare un ambiente tranquillo
- Insonnia: Assicurare ambiente tranquillo, evitare i riposi diurni, stimolare hobby e attività, evitare assunzione serale di composti stimolanti come tè, caffè, tabacco)

[24] La musicoterapia è molto utilizzata nei pazienti con demenze, il ritmo, la melodia, l'armonia sono molto importanti per il paziente per diversi motivi, tra cui la rievocazione di tratti autobiografici e ricordi positivi. È stato dimostrato come la porzione anatomica del cervello adibita alla memorizzazione musicale subisce meno danni rispetto alle altre porzioni e proprio per questo motivo un utilizzo di una playlist personale del paziente

può essere di grande aiuto. E'una terapia molto diffusa per il basso costo e la semplicità di erogazione in grado di aiutare fortemente sia il paziente che il caregiver su tutti gli aspetti negativi che la malattia porta.

[7] Questo tipo di terapia non verbale è molto utile in qualsiasi stato di demenza, dalle fasi iniziali a quelli più gravi, sono dimostrati risultati molto positivi riguardo la gestione dell'ansia e agitazione del paziente con le corrispettive scale di valutazione: Rating Anxiety e Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), migliorano i comportamenti aggressivi o meno, fisici e verbali.

È importante comunque evidenziare i fattori protettivi e di prevenzione primari per AD, il rischio sembra essere ridotto da abitudini e comportamenti alimentari corretti, controllo di patologie croniche quali l'ipertensione, uso di estroprogestinici nelle donne in menopausa, uso di antiossidanti. Nella quotidianità è consigliato di:

- avere una dieta ricca di frutta e vegetali;
- un apporto adeguato di vitamina E, vitamina C, vitamina B12 e folati;
- mantenere buono lo stato mentale e fisico;
- controllare ipertensione arteriosa;
- usare acido acetilsalicilico per individuo con rischio di stroke.

1.6 Complicanze

Nella fase avanzata della malattia sono frequenti delle complicanze e patologie che possono peggiorare la situazione rendendo difficoltosa la gestione del caso, è possibile prevenire ma spesso non basta.

Nel paziente affetto da demenza aumenta la probabilità di cadute e quindi fratture, di crisi epilettiche, ulcere da decubito, processi infettivi, si riscontrano alterazione del modello nutrizionale metabolico, alterazione dell'attività escretoria e dolore.

- [8] Le cadute sono una delle principali cause di lesioni per le persone anziane e aumentano negli anziani con decadimento cognitivo, il tasso di cadute nelle persone con demenza è circa il doppio delle persone in salute. A livello fisiologico e anatomico c'è un collegamento tra disturbo cognitivo e disturbo dell'andatura poiché è stato dimostrato come c'è un'alterazione di densità della sostanza bianca, la quale è adibita proprio all'equilibrio e la velocità di esecuzione. I fattori che portano l'anziano a cadere possono essere molteplici e svariati, si possono dividere in fattori ambientali, medici, fisici, sensoriali, cognitivi e psicologici.

I farmaci possono avere un effetto particolare nei pazienti affetti da demenza conducendo a delle ipotensioni ortostatiche e/o sincopi, questo fattore è la principale causa di ospedalizzazione nei pazienti anziani con demenza. È stato riportato che l'utilizzo di inibitori dell'Acetilcolinesterasi e antagonisti del recettore N-metil-D-aspartato presenta un aumento del rischio caduta del 63%.

Il declino delle forze fisiche può essere dovuto alla scarsa motivazione dell'anziano di eseguire le piccole attività quotidiane aumentando, poi, il rischio di cadute. In maniera correlata al fattore psicologico si aggiunge l'ansia e i momenti d'impulsività che la persona può avere durante la giornata.

Un altro fattore importante che può portare alla caduta è l'utilizzo errato degli ausili per la mobilità.

- Le crisi epilettiche sono frequenti in questi pazienti proprio per un danneggiamento del tessuto nervoso alterando l'attività elettrica;
- Le ulcere da decubito sono compressioni dei tessuti a cui conseguono delle lesioni più o meno importanti e possono essere dovute alla progressiva sedentarietà a cui l'anziano con demenza tende ad andare incontro;
- La comparsa di processi infettivi è molto frequente proprio a causa di comportamenti impropri della persona e all'abbassamento delle difese immunitarie data da malnutrizione;

- La stipsi è anch'essa una conseguenza della malnutrizione del malato in questione dove non sono rare le formazioni di fecalomi (tappi di materiale fecale)
- [9] Il dolore nei pazienti con demenza è frequentemente sottovalutato, studi dimostrano come anche nelle forme più avanzate di demenza e AD il dolore è sempre presente ma non viene ricordata questa esperienza sensoriale. Di media viene somministrato 1/3 della morfina somministrata ad un paziente cognitivamente sano, solo il 33% dei pazienti malati di AD ha una terapia del dolore adeguata. Il rischio di sottostima del dolore è in aumento date dalla scarsa comunicazione di lesioni stesse del paziente.

[10] Le raccomandazioni utili per cercare di arginare alcune complicanze possono essere: creare un ambiente regolare e sicuro, adeguare l'altezza del letto, eliminare sedie troppo basse, muovere frequentemente l'anziano per evitare stasi (nel caso di paziente allettato), osservare sempre la cute, assicurare la corretta alimentazione, osservare la frequenza di eventuali stati confusionali.

CAPITOLO SECONDO-COMUNICAZIONE

[11] La comunicazione è il processo di trasmissione di un'informazione da un individuo ad un altro secondo una forma comune. Partendo dall'etimologia il termine comunicazione viene dal latino "communicatio" in cui possiamo distinguere *cum* che significa "con" e *munus* che significa "incarico", mettere in comune.

2.1 Tipi di comunicazione

La comunicazione è un processo complesso e fondamentale per una società tramite un codice convenzionale, avviene tramite una cooperazione tra soggetti diversi in cui è presente un emittente che eroga un'informazione e un destinatario che la codifica.

Secondo questo sistema è basato uno dei modelli più famosi della comunicazione, " modello di Shannon-Weaver".

Questo modello si basa su degli elementi fondamentali:

- Emittente;
- Canale di comunicazione;
- Contenuto della comunicazione;
- Ricevente;
- Informazione;
- Codice formale.

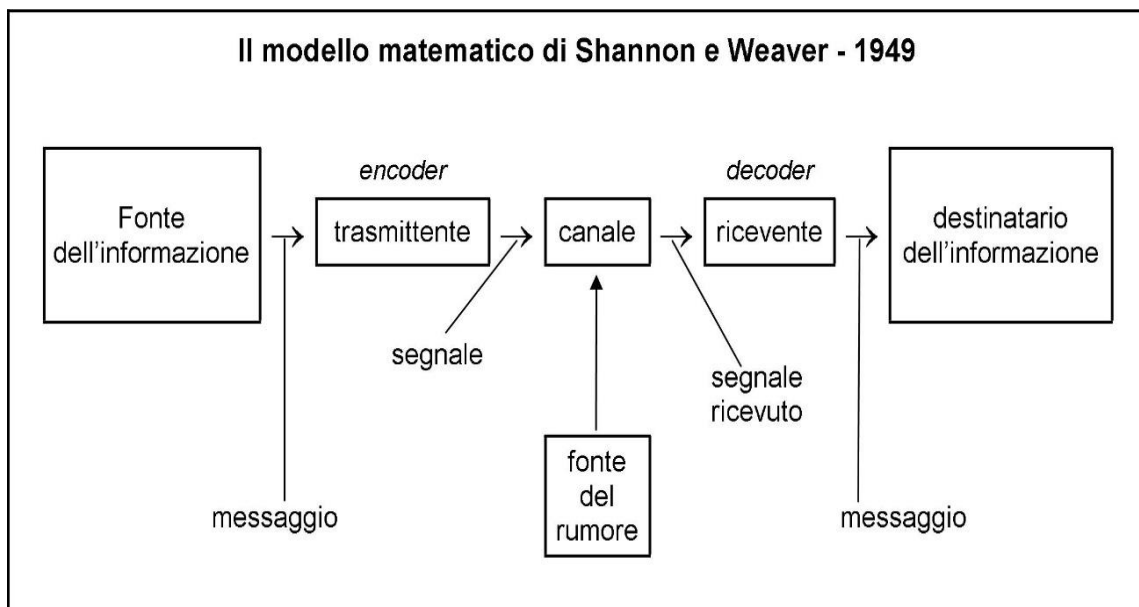


Fig.6 Modello di comunicazione Shannon e Weaver

(<https://socialnetworkabc.wordpress.com>)

Paul Watzlawick è stato uno psicologo austriaco che sviluppò la teoria della comunicazione umana riconosciuta a livello internazionale e si basa su 5 assiomi:

1. È impossibile non comunicare, tutti i comportamenti trasmettono e comunicano qualcosa.
2. La comunicazione ha un livello di contenuto e un livello di relazione (metacomunicazione)
3. La punteggiatura dà un diverso significato in base alla persona
4. La modalità digitale (verbale) e la modalità analogica (non verbale)
5. La comunicazione simmetrica e complementare

[12] Esistono due tipi di comunicazione: comunicazione verbale e comunicazione non verbale.

La comunicazione verbale fa uso di parole (dette o scritte) che si basano su una convenzione sociale istituzionalizzata cioè un processo in cui comportamenti ripetuti e condivisi da tanti membri della società si cristallizzano in regole da rispettare (Es. in Italia si parla l'italiano). Questo tipo di comunicazione è molto diretta ma risulta essere solo il 7% di tutte le informazioni che trasmettiamo.

Nella comunicazione non verbale o "linguaggio del corpo" possiamo distinguere la mimica facciale, la comunicazione gestuale e l'aspetto fisico che sono in grado di trasmettere emozioni e sentimenti, segnalare ruoli e posizioni sociali. Il linguaggio del corpo rappresenta la maggior componente di rilascio di informazioni.

La mimica facciale ha la funzione prioritaria di creare un ambiente continuo di comunicazione dove sono presenti informazioni relativi al grado d'interesse e al desiderio di capirsi; La comunicazione gestuale serve a trasmettere informazioni o a chiarire l'espressione verbale; L'aspetto fisico è un linguaggio corporeo che ognuno di noi lancia all'intera società intorno a sé ed è rappresentato dalla cura o meno del proprio fisico.

Nella comunicazione verbale viene racchiusa la comunicazione para verbale che è tutto il "contorno" del contenuto pronunciato e ci impedisce di sviluppare dei contenuti tutti uguali tra gli individui, il tono e volume di voce sono l'intensità dei vocalizzi e possono indicare stati di umore e aspetti caratteriali dell'individuo, il timbro ha un aspetto identificativo per la persona, il tempo (velocità delle parole e pause) è un'altra caratteristica importante della comunicazione para verbale.

Si possono usare, ovviamente, i tipi di linguaggio contemporaneamente e questo determina una complessità tale da incappare facilmente in difficoltà della comunicazione in cui il messaggio viene distorto prima di arrivare al destinatario.

I fattori che disturbano, rendendo problematico il processo comunicativo, sono tanti.

Molti fattori sono di tipo involontario e cioè dipendono dalla complessità dei processi di comunicazione, altri sono dati da una sovrabbondanza o le distorsioni volontarie.

Si ha difetto di comunicazione quando i segnali che dall'emittente giungono al destinatario non sono sufficienti a produrre dei significati comprensibili (es. differente lingua parlata) oppure quando ci sono interferenze che disturbano, i cosiddetti "rumori di fondo" (es. parlare in discoteca).

La sovrabbondanza di comunicazione consiste nella vastità e complessità delle parole che spesso possono avere più significati e in alcuni casi la comprensione risulta essere difficoltosa.

La distorsione volontaria del linguaggio è un uso volutamente distorto del linguaggio che è caratterizzato da una comunicazione obliqua (dire una cosa per farne capire un'altra) o dalla menzogna.

[13] Il feedback o "messaggio di ritorno" dà la possibilità di verificare se il concetto è stato capito in modo chiaro, questo permetterà all'emittente di ripetere il messaggio in caso ci fosse una distorsione della comunicazione.

2.2 Importanza comunicazione infermiere-paziente

[14] Da più di 20 anni la comunicazione è identificata come uno dei maggiori fattori che influiscono sulla qualità di vita e salute. L'assistenza centrata sul paziente considera lui e i caregiver come membri del team includendo compassione e cure in maniera coordinata con la guida di preferenze, valori e bisogni del paziente.

E' molto importante considerare tutto lo "sfondo" culturale del paziente per la pianificazione assistenziale, nella valutazione e gestione del dolore con considerazioni etiche. L'infermiere è una figura sanitaria in stretto contatto col paziente con cui passa diverso tempo nell'arco della giornata di degenza, per questo motivo occorre una comunicazione onesta, precisa e tempestiva.

[25] La relazione che si instaura con il paziente diventa un elemento di grande aiuto sotto tutti i punti di vista, necessariamente il professionista sanitario deve saper comunicare con senso sociale e cura del lavoro, non bisogna lasciare questo aspetto alla soggettività del singolo.

Il malato interagisce con l'operatore creando una relazione basata sull'aiuto, l'aiutante qualificato deve offrire risorse nella maniera più professionale possibile. Una buona comunicazione ha una funzione terapeutica adattando l'assistito allo stress causato dalla malattia, dall'ambiente che lo circonda e dall'allontanamento delle sue attività quotidiane. Al contrario, una comunicazione errata e inadeguata conduce ad ulteriore stress e solitudine rendendo molto difficoltosa l'assistenza erogata.

[26] Il nuovo Codice Deontologico delle professioni infermieristiche cita in diversi articoli la comunicazione. in particolare l'articolo 21 e 24:

- Art.21 STRATEGIE E MODALITA' COMUNICATIVE:

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.

- Art.24 CURA NEL FINE VITA:

L'infermiere riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Come ho già scritto precedentemente nell'argomento della comunicazione, non si può non comunicare, ogni atteggiamento e ogni parola pronunciata scaturisce

un'informazione di sé stessi verso gli altri che a sua volta scaturisce un determinato atteggiamento verso di noi. La comunicazione non può essere catalogata come semplice scambio di informazioni ma, come ci dice l'etimologia, “mette in comune”.

[27] Bisogna ricordare la differenza tra “essere” e “fare” per evitare l'appiattimento funzionale che in tutti i modi bisogna evitare. Il primo requisito importante è attribuire dignità alla propria identità, avere una buona considerazione di sé e delle proprie capacità porta ad una posizione in cui si è più disponibili alla relazione senza trasmettere ansia e insicurezza. Una buona relazione con sé stessi porta ad una buona relazione con il prossimo.

Nell'apertura con l'assistito è bene essere curiosi del vissuto ma allo stesso tempo rispettare le opinioni, agire con la consapevolezza che non esiste una sola realtà uguale per tutti ma ne esistono diverse soggettive.

Agire con la consapevolezza di creare un equilibrio relazionale senza troppe implicazioni emotive. Al contrario, se non si instaura una buona relazione non bisogna considerare la persona “inferiore” ad un'altra.

“Empatia” è la capacità di mettersi nei panni dell'altro e rappresenta un elemento significativo di una buona relazione avendo non solo la buona capacità di parlare ma anche di ascoltare (ascoltare con attenzione, capire le finalità del discorso, valutare la comunicazione non verbale).

[28] Durante una fase critica ed emergenziale le persone subiscono un danno inconscio che li rende fragili derivante dall'essere sospesi e soli, comunicare la propria vicinanza è un dovere quando si ricopre una posizione sensibile in questi contesti.

2.3 Comunicazione della diagnosi di AD

La comunicazione della diagnosi di AD è un tema molto delicato dal punto di vista etico dove ci possono essere dei lati positivi e dei lati negativi. In molti casi la persona malata non si rende conto della situazione in cui si trova, avere una determinata notizia può essere scioccante e traumatizzante causando forte sconforto.

La tendenza risulta essere di non comunicare la diagnosi per evitare effetti negativi sull'equilibrio morale dell'assistito ma va in contrasto con la libertà e autonomia del paziente che nelle fasi iniziali della malattia è ancora capace di prendere decisioni legali economiche e morali.

[29] Dal punto di vista deontologico il medico, nell'informazione, deve tener conto dello stato del paziente affinché ci sia una massima adesione diagnostico-terapeutica. Le informazioni riguardanti prognosi gravi, infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

[15] La diagnosi, fornita il prima possibile, aumenta la probabilità per i pazienti di essere coinvolti nel processo decisionale, nella pianificazione del loro futuro e consente di implementare prima le opzioni di cura per fornire maggiori benefici clinici e di qualità della vita riducendo il danno.

La comunicazione verso i familiari e il diretto interessato deve essere precisa e sincera ma allo stesso tempo con una grande cura dei vocaboli scelti. Usare parole come "decadimento cognitivo" è meno spaventoso di usare termini impulsivi come "hai l'Alzheimer.", creare equilibrio tra esattezza clinica e terminologia adatta al caso.

Nella comunicazione della diagnosi si deve creare un ambiente in cui il paziente comprende cosa sta succedendo accogliendo il tipo di terapia e spiegando il motivo di quello che dovrà fare assicurando degli effetti positivi a cui andrà incontro.

Non far sentire il paziente solo evidenziando l'aiuto che ci sarà dalla famiglia e dai servizi predisposti, il dialogo costante nel tempo aiuterà il paziente ad essere collaborante e sereno nel corso degli anni.

[30] Il Comitato Nazionale per la bioetica, alla luce della riflessione scientifica, bioetica e biogiuridica, raccomanda che il malato di demenza sia riconosciuto come persona in ogni fase della sua malattia; che la ricerca, la prevenzione, le terapie e l'assistenza ai malati di demenza siano incluse con un ruolo di rilievo nell'ambito delle politiche sanitarie; che siano promossi studi sulle modalità di comunicazione con il malato di demenza e sull'accertamento del livello di consapevolezza, al fine di valorizzare l'autonomia del paziente in grado ancora di prendere decisioni.

[31] Le difficoltà che s'incontrano nella comunicazione della diagnosi nascono da vari motivi:

- L'incertezza della diagnosi: in questi casi non si deve essere frettolosi ma farlo con la calma del caso, prendere il tempo necessario.
- Il timore di reazioni emotive negative: il timore viene principalmente dall'emittente stesso trasferendo l'emozione al paziente.
- Il divieto imposto da un familiare all'emittente: in questo caso la cosa più giusta è procedere in un lavoro comunicativo prima con la famiglia chiarendo le modalità informative.
- "Non dire nulla per poi dire tutto" è il problema in cui si arriva al punto di non poter più non comunicare il problema (superando il tempo della fase diagnostica) trovandosi ad affrontare la situazione tutta insieme.

La competenza emotiva, comunicativa e decisionale è necessaria per non far sentire il paziente in solitudine ma capace di poter parlare delle proprie emozioni, delle proprie paure creando una vera e propria collaborazione. Nella fase di AD avanzata sarà competenza del medico valutare le volontà del paziente in base al modo in cui si esprime.

2.4 La comunicazione con malato di Alzheimer

Come riportato nei paragrafi precedenti la malattia di Alzheimer ha un quadro clinico in cui sin dagli stadi iniziali vengono alterate diverse funzioni, le placche beta amiloide A β e i grovigli neurofibrillari di proteina tau-iperfosforata non permettono un'attività sinaptica neuronale adeguata causando alterazioni di funzioni mnestiche, prassiche, linguistiche, gnosiche; Queste alterazioni sono spesso associate a disturbi non cognitivi come oscillazione dell'umore, alterazione della personalità, psicosi, agitazione, disturbi comportamentali, rendendo molto difficile l'interazione con l'ambiente circostante incluse le relazioni sociali.

Non trovare le parole giuste, dimenticare nomi di oggetti e/o persone, dimenticare nessi ed eventi nuoce gravemente sulla comunicazione portando ad uno stato di malessere psico-fisico della persona colpita, in cui c'è il rifugio in sé stessi tendendo ad allontanare le interazioni per non risultare inadeguato ad ogni tipo di contesto.

[16] La progressione della malattia porta, nelle fasi più avanzate, al non riconoscimento dei familiari creando un'angoscia inimmaginabile. Non essere capace di avere interazioni porta alla frustrazione da parte del paziente e del familiare/infermiere.

La patologia tende ad "allontanare" anche il professionista sanitario o familiare dalla comunicazione poiché, appunto, è difficoltosa ma in questi casi c'è bisogno più che mai di avere dei rapporti.

Una comunicazione precisa e adeguata porta a dei benefici sotto tutti i punti di vista compreso quello terapeutico.

[17] Gli interventi che sono utili per tenere viva una conversazione possono essere divisi in due sottogruppi che sono interventi passivi e interventi attivi.

Gli interventi passivi sono tutti quei comportamenti che non appaiano evidenti all'interlocutore ma che svolgono una funzione importante e sono:

- **Non fare domande:** in maniera spontanea viene da fare domande ma la gravità del deterioramento cognitivo porta il paziente a non saper dare risposte provocando in lui frustrazione, inadeguatezza e a volte rabbia.
- **Non correggere:** nelle fasi iniziali può essere utile correggere determinati comportamenti ma se l'anziano reagisce negativamente risulta inutile, anzi, diventa controproducente poiché si può scaturire ulteriore paura di sbagliare fino a raggiungere la rinuncia al dialogo. Questo intervento passivo risulta difficile nel caregiver ma se attuati ci saranno soddisfazioni.

- **Non dire “non”:** quando ci si rivolge a un anziano con delle negazioni si va incontro ad un disconoscimento mentre l’obiettivo dell’infermiere e/o caregiver è il riconoscimento. Spesso si utilizzano delle negazioni a fin di bene ma bisogna ricordarsi dell’alta fragilità emotiva che hanno queste persone, dire “non piangere” significa negare ad una persona già triste anche di piangere, dire “non fare così” significa bloccare una persona che sta già facendo quel che può.
- **Ascoltare:** l’ascolto è il primo obiettivo da porsi se si vuole favorire la comunicazione
- **Non interrompere e rispettare la lentezza, le pause, il silenzio:** interrompere l’interlocutore è un’abitudine frequente ma che nell’anziano demente porta ad un continuo bloccare il filo del discorso.
- **Non completare le frasi lasciate in sospeso:** il desiderio di aiutare nel completamento di una frase è tanto ma così facendo gli neghiamo il tempo di cercare la parola mancante e di cavarsela in un altro modo
- **Non giudicare:** all’interlocutore della persona con Alzheimer non spetta il compito di valutare se la cosa detta è giusta o sbagliata ma di interessarsi di cosa viene detto vera o falsa che sia.
- **Riconoscere l’intenzione a comunicare:** Nei casi di un avanzamento grave della malattia i discorsi sono impossibili da seguire poiché privi di senso logico con diversi sbalzi temporali, anche in casi gravi come questo si può tenere vivo il discorso capendo della volontà del paziente: essere ascoltati.

Gli interventi attivi sono gli interventi che vengono realmente attuati verso il paziente per migliorare la comunicazione:

- **Restituzione del motivo narrativo:** è l’intervento attivo più importante che consiste nel restituire il motivo narrativo, il minimo senso di quello che si è capito;
- **Risposte in eco con empatia e ampliamento:** rispondere in eco lascia un messaggio inconscio che fa capire che stiamo ponendo attenzione invogliandolo a proseguire. L’ ampliamento eseguito con empatia dà un feedback molto positivo.
- **Riconoscimento e restituzione delle emozioni**
- **Prendere in considerazione le parole dette:** Far capire che non si stanno svalutando le parole dette anzi, essere disponibili
- **Accompagnare con le parole nel suo mondo**

- **Aprire ad altri mondi possibili:** con le parole si può spostare l'attenzione, non far rimanere la conversazione nella tristezza del caso cercando un punto d'incontro felice
- **Rispondere alle domande**
- **Restituire effettività:** la persona con demenza spera che le sue parole producono degli effetti e l'interlocutore deve far capire che li sta ricevendo, anche in questo caso l'empatia è molto importante per stargli davvero "vicini"

Il background del contenuto e il setting sono fondamentali, i consigli pratici supportati da motivazioni neuropsicologiche sono:

- Usare un tono di voce pacato
- Parlare in modo chiaro
- Dire frasi brevi
- Dire solo un concetto
- Fare delle brevi pause
- Aspettare la risposta
- Accompagnare le parole con i gesti
- Utilizzare tecniche capacitanti (precedentemente trascritte)

Le interazioni quotidiane, soprattutto nelle strutture di ricovero, avvengono in condizioni sfavorevoli. Il professionista sanitario ha sempre poco tempo da dedicare alla comunicazione a causa della mole di lavoro che si ha da svolgere. Molto frequentemente il setting della comunicazione quotidiana è occasionale e informale ma il professionista capacitante deve riuscire a conciliare, anche solo una volta alla settimana, dei minuti di buona comunicazione e dialogo. Alcuni consigli possono essere di scegliere un locale ben illuminato tranquillo e silenzioso, senza telefono, radio e TV; Assicurarsi che il paziente abbia l'eventuale apparecchio acustico; Parlare soli senza la presenza di altre persone; Porsi con una distanza che rassicuri il paziente.

Questi dettagli che, purtroppo, si sottovalutano spesso riescono ad ottenere dei risultati benevoli sul paziente, si sentirà sereno e collaborante nelle attività quotidiane.

CONCLUSIONI

Nelle strutture di degenza si applicano molti protocolli in modo dettagliato affinché il piano assistenziale sia sempre migliore, tra le tante attività del professionista sanitario figura la comunicazione che viene, molto spesso, trascurata e sottovalutata.

Questa revisione della letteratura mi ha permesso di capire quanto sia importante e quali sono le migliori strategie per avere una buona comunicazione anche verso pazienti con deterioramento cognitivo in particolare affetti da Alzheimer. La gestione di questo tipo di paziente è molto difficile soprattutto dal punto di vista psicologico poiché già tra i primi sintomi ci sono alterazioni della memoria trasmettendo difficoltà nel dialogo.

La comunicazione ha degli effetti molto influenti sulle persone che ci circondano poiché trasmettiamo in qualsiasi istante e con qualsiasi comportamento (anche non parlando) delle informazioni, la distorsione dei messaggi avviene per tanti motivi facendolo diventare quasi un pericolo.

Comunicare in modo adeguato con un paziente con deterioramento cognitivo ha dei risvolti inaspettatamente positivi diventando quasi terapeutico. Eseguendo una buona comunicazione anche per pochi istanti a settimana renderà il paziente sereno, collaborante e disponibile.

La comunicazione può essere verbale, non verbale e para verbale, ognuna di queste ha un ruolo fondamentale. La *comunicazione verbale* è quella a cui pensiamo in modo impulsivo se parliamo di “comunicazione” e qui ritroviamo tutte le parole dette o scritte, la *comunicazione non verbale* viene anche denominata anche “linguaggio del corpo” e consiste in tutte le informazioni che il nostro interlocutore riceve da come ci poniamo gestualmente, nella *comunicazione para verbale* troviamo il background della comunicazione verbale.

Le strategie ottimali per avere una buona comunicazione con malato di AD partono dal setting ambientale il quale deve essere una stanza ben illuminata, tranquilla e senza interferenza di terzi.

Gli interventi possono essere distinti in passivi e attivi: negli interventi passivi (senza eseguire gesti o pronunciare parole) figurano tutte quelle attività in cui non si va in contrasto con il paziente, quindi ascoltare, non correggere, non vietare, non mettere fretta nei discorsi; Negli interventi attivi, invece, figurano tutte quelle attività che si devono svolgere per non far sentire il paziente incompreso, solo, impaurito e spaesato: rispondere in eco, rispondere con empatia, riconoscere emozioni, non sottovalutare ciò che viene detto; La comunicazione para verbale adatta è usare un tono di voce pacato, parlare in modo chiaro, dire frasi brevi e concise.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare innanzitutto i miei professori che mi hanno aiutato con i loro indispensabili consigli a completare questo indimenticabile percorso e ad essere una persona completamente diversa per poter tramandare l'essere e il saper fare.

Desidero ringraziare la mia famiglia per aver potuto condividere quotidianamente ogni dettaglio delle mille realtà vissute e per il sostegno indispensabile che mi hanno dato.

Desidero ringraziare la mia ragazza Federica e i miei amici Alessio, Sasha, Riccardo e Alessandro per aver fatto parte di questa porzione della mia vita in cui hanno saputo rialzarmi ogni volta credevo di non essere all'altezza facendomi tornare il sorriso.

In ultimo, ma non per importanza, desidero ringraziare me stesso per l'impegno e per la passione messa costantemente in quello che faccio e credo fortemente.

BIBLIOGRAFIA

1. **Torromino, G., Maggi, A., & De Leonibus, E. (2021). Estrogen-dependent hippocampal wiring as a risk factor for age-related dementia in women. *Progress in Neurobiology*, 197, 101895.**
2. **van der Lee SJ, Wolters FJ, Ikram MK, Hofman A, Ikram MA, Amin N, van Duijn CM. The effect of APOE and other common genetic variants on the onset of Alzheimer's disease and dementia: a community-based cohort study. *Lancet Neurol*. 2018 May;17(5):434-444. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30053-X. Epub 2018 Mar 16. Erratum in: *Lancet Neurol*. 2018 Apr 25;: PMID: 29555425.)**
3. **McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):263-269. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005**
4. **Nordberg, A., Rinne, J. O., Kadir, A., & Långström, B. (2010). The use of PET in Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 6(2), 78-87**
5. **Weller J, Budson A. Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Res*. 2018;7:F1000 Faculty Rev-1161. Published 2018 Jul 31. doi:10.12688/f1000research.14506.1**
6. **Mayeux R, Sano M. Treatment of Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 1999 pubmed**
7. **Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., & González-López-Arza, M. V. (2017). Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: A systematic review. *Neurología (English Edition)*, 32(4), 253-263.**
8. **Zhang, W., Low, L. F., Schwenk, M., Mills, N., Gwynn, J. D., & Clemson, L. (2019). Review of gait, cognition, and fall risks with implications for fall prevention in older adults with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 48(1-2), 17-29.**
9. **Scherder, E., Herr, K., Pickering, G., Gibson, S., Benedetti, F., & Lautenbacher, S. (2009). Pain in dementia. *Pain*, 145(3), 276-278**
10. **K. Hepburn, M.Lewis, Manuale del caregiver. programma di formazione per l'assistenza alle persone affette da demenza .2008**

- 11. La comunicazione verbale, Eddo Rigotti Sara Cigada,2004**
- 12. Sociologia-Linguaggio e comunicazione-2012-Paolo Volontè, Carla Lunghi, Mauro Magatti, Emanuela Mora**
- 13. Anolli L., Psicologia della comunicazione, Il Mulino, Bologna, 2000**
- 14. communication in nursing, Julia Balzer Riley,2015**
- 15. Goldfarb, D., Sheard, S., Shaughnessy, L., & Atri, A. (2019). Disclosure of Alzheimer's Disease and Dementia: Patient-and Care Partner-Centric Decision-Making and Communication. The Journal of clinical psychiatry, 80(2), 0-0**
- 16. Jootun, D., & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. Nursing Standard, 25(25)**
- 17. Pietro Vigorelli, Alzheimer come parlare e comunicare nella vita quotidiana nonostante la malattia 2018**

SITOGRAFIA

18. <https://www.istat.it>>2018 /12, salute bes 2018
19. <https://salute.gov.it>- dati epidemiologici demenze 24/2/2011
20. <https://www.alz.org>- Che cos'è il morbo di Alzheimer
21. <https://www.centroalzheimer.org>-fattori di rischio e di protezione;2016
22. <https://www.alz.org>-stadi del morbo di Alzheimer
23. <https://alzheimersdisease.net>/reisbergs-stages 2019 Jaime Rochelle Herndon
24. <https://infermiereonline.org> musicoterapia: intervento non farmacologico per il trattamento della demenza, rivista infermiere 2020 Elisa Puggia, Cristina Tomassini, Lucia Cadorin
25. Nurse24.it, L'occhio dell'Infermiere e la comunicazione con il paziente, Carla Gatto,2016
26. <https://www.fnopi.it>-Codice Deontologico delle professioni infermieristiche 2019
27. <https://salute.gov.it>-Federico Fioretto e Sophie Ott-2015-comunicazione professionale: elementi teorici
28. Nurse24.it, Erasmo Spinosa,2021
29. Congresso nazionale SIGG 2008 SIGG 2008 Evelina bianchi la comunicazione della diagnosi la comunicazione della diagnosi al malato di Alzheimer
30. <https://bioetica.governo.it>, Le demenze e malattia di Alzheimer,2014
31. la comunicazione della diagnosi di demenza-approvato nel 10' congresso nazionale Psicogeriatrica, Fabrizio Asioli, Alberto Cester 2010