

Capitolo 1

1. Introduzione

1.1 Invecchiamento demografico e prospettive future

1.2 Evoluzione del concetto di invecchiamento

Capitolo 2

2.1 Cosa si intende per demenza definizione OMS

Capitolo 3

3.1 Piano Nazionale della cronicità: linee di indirizzo per la demenza

3.2 Le strutture e i servizi disponibili sul territorio

Capitolo 4

4.1 Terapie farmacologiche nel trattamento delle demenze

4.2 Alcuni approcci non farmacologici nel trattamento delle demenze

Capitolo 5

5.1 obiettivo

5.2 materiali e metodi

5.2.1 come mettere in atto la terapia della bambola

5.2.3 criteri di inclusione ed esclusione

Capitolo 6: Risultati

Capitolo 7: Discussione e conclusioni

Capitolo 8: Bibliografia/sitografia

Ringraziamenti

ABSTRACT

L'idea di questa tesi nasce dalla mia ultima esperienza di tirocinio nell'unità operativa pronto soccorso di Fano, luogo in cui alcuni infermieri hanno deciso di implementare il progetto della Doll therapy con l'obiettivo di arginare le più comuni manifestazioni cliniche della demenza (BPSD), quali ad esempio agitazione psico-motoria, aggressività ecc. , nei soggetti che stazionano temporaneamente presso l'OBI (osservazione intensiva breve). La demenza è una patologia cronica a decorso progressivo, che solitamente colpisce la popolazione anziana. È caratterizzata da un corredo di segni e sintomi estremamente invalidanti, che compromettono il normale svolgimento delle attività di vita quotidiana. Il quadro clinico si contraddistingue per la presenza di deficit cognitivi, accanto ad alterazioni della dimensione affettiva e comportamentale. Queste ultime, conosciute anche con il termine Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) possono essere distinte in sintomi psicologici e comportamentali e rappresentano circa il 50% dei casi di istituzionalizzazione. La terapia della bambola, basandosi sulle teorie dell'attaccamento e dell'oggetto transizionale, ha lo scopo di gestire questo tipo di disturbi attraverso l'apertura di nuovi canali comunicativi, offrendo alla persona la possibilità di coinvolgersi in attività finalizzate.

Dall'analisi degli studi disponibili emerge che la terapia della bambola, quindi non presentando effetti collaterali significativi, si configura come un potenziale intervento finalizzato al miglioramento della qualità di vita della persona con disturbi del comportamento e dell'umore, alla riduzione dei tempi assistenziali e alla promozione di un ambiente sicuro sia per l'anziano affetto da demenza, che per le persone a lui vicine. L'obiettivo di questa tesi è identificare benefici derivanti dall'intervento terapeutico sopracitato nella prevenzione e nella gestione dei BPSD, attraverso la somministrazione della Doll therapy. I soggetti osservati nel un periodo compreso 1 luglio a 31 agosto 2023 erano in totale di 15. Durante la permanenza in OBI per la raccolta dati veniva compilata una griglia composta da 13 items da parte dell'infermiere in turno. La suddetta scheda prevede anche uno spazio libero per scrivere eventuali note aggiuntive dell'operatore sanitario. Da tale studio emerge un notevole miglioramento dello stato depressivo e dell'apatia, riduzione dell'agitazione, dell'aggressività e dell'ansia, diminuzione del wandering, aumento del benessere ed una migliore interazione con lo staff ed i familiari.

Capitolo 1

1. Introduzione

Ho svolto l'ultimo tirocinio di questo mio percorso universitario in pronto soccorso a Fano, qui sono venuta a conoscenza della creazione e successiva realizzazione del progetto della Doll Therapy intrapreso da alcuni infermieri del reparto di breve osservazione. Ho trovato questo progetto fin da subito molto interessante e dopo aver raccolto alcune informazioni a riguardo e parlato con gli infermieri ideatori della messa in pratica del progetto decisi che quest'ultimo sarebbe stato oggetto della mia tesi di laurea.

Ciò che mi ha incuriosito maggiormente è l'originalità del progetto ideato per un pronto soccorso, tale settore è infatti rivolto all'emergenza sanitaria, luogo in cui non ci aspetta facilmente alla realizzazione di progetti alternativi al trattamento dell'agitazione. Infatti il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. Ne consegue che la mission del Pronto Soccorso è quella di garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita. Il Pronto Soccorso è quindi in definitiva quel luogo dove le persone vi accedono a fronte di cure e risoluzione di una data problematica di salute fisica, breve permanenza, osservazione e successiva dimissione. È ormai noto a tutti che in un qualsiasi pronto soccorso vi troviamo spesso, se non sempre, tempi di attesa lunghissimi per gli utenti e un laborioso e frenetico lavoro per chi sta dietro le quinte, per tale ragione è impensabile dare maggiormente attenzione alle problematiche affettivo/sentimentali di chi vi accede tanto meno se si parla di soggetti affetti da demenza che a causa del loro stato di decadimento cognitivo, in luoghi a loro non famigliari come appunto un pronto soccorso, tendono a scompensarsi dal punto di vista comportamentale, aumentando il rischio di eventuali cadute e il grado di assistenza di cui in realtà necessitano. L'ormai nota a tutti pandemia da covid 19 ha accentuato in modo significativo tale problematica, basti pensare all'esclusione dei famigliari e dei caregiver dai reparti ospedalieri, momento in cui i soggetti affetti da demenze neurologiche vi sono ritrovati, oltre che in un luogo a loro non noto e famigliare, anche a non aver più a fianco a loro volti conosciuti determinando in loro l'inesco con effetto a cascata di una serie di comportamenti

disfunzionali (disorientamento, nervosismo, agitazione, depressione, rabbia, pianto ecc...) Questa problematica si ripercuote nell'erogazione di una adeguata risposta al bisogno assistenziale e nell'esecuzione di una accurata anamnesi clinica, valutazione medica e quindi sulla diagnosi ed il relativo trattamento. Tuttavia è anche doveroso ricordare che il personale sanitario spesso si trova costretto a sedare farmacologicamente e utilizzare metodi di contenzione in tali soggetti per sincerarsi che questi non si procurino dei danni e/o vaghino senza una meta precisa per i reparti con anche la possibilità di perdersi sfuggendo all'attenzione del personale infermieristico impegnato nella gestione di tanti altri utenti. Anche in questo caso però, l'adozione di trattamenti farmacologici di sedazione e/o contenzione potrebbero scaturire in tali soggetti emozioni e comportamenti ancora più disfunzionali caratteristici in aggiunta alla frustrazione per l'impossibilità di muoversi dal proprio letto di degenza con relativa incomprensione di tale adozione, se si parla di contenzione fisica, mentre nel caso della contenzione farmacologica con sedazione, quest'ultima va a modificare il normale stato neurologico del paziente con demenza che spesso, una volta sedato, sarà soporoso e rallentato, ciò compromette maggiormente l'obbiettiva valutazione diagnostica da parte del medico. Non solo, spesso la sedazione, che normalmente avviene con farmaci particolari come ad esempio le benzodiazepine, determina in tali pazienti, oltre agli stati di importante assopimento, anche stati di confusione mentale, maggior disorientamento e difficoltà della normale deambulazione che risulterà mancante del normale equilibrio e impacciata incrementando in maniera significativa il rischio cadute e successivi traumi cranici. Siamo di fronte quindi ad un problema e la decisione della messa in pratica di un procedimento è di ardua scelta, è da qui che nasce l'idea del trattamento non farmacologico nella gestione della demenza. In particolare nel pronto soccorso di Fano, l'idea dell'utilizzo della Doll Therapy nasce in post covid 19, quando anche se ormai la pandemia ha esaurito il suo picco, ha costretto tutte le strutture sanitarie e non, a dover continuare l'adozione di restringimenti sugli orari di visita dei famigliari, ecco che allora si è pensato di arginare il problema della solitudine di soggetti affetti da patologie di decadimento cognitivo adottando la strategia della somministrazione della Doll Therapy, una terapia non farmacologica in alternativa all'abituale utilizzo della terapia di sedazione con il principale obbiettivo di limitare quanto più possibile gli stati di turbamento emotivo dei soggetti affetti da demenza bypassando l'utilizzo dei farmaci e della contenzione fisica. Nella somma di tutti

questi aspetti trovo straordinario e ammirevole il fatto che il personale infermieristico, medico e gli operatori socio sanitari impegnati al pronto soccorso di Fano abbiano abbracciato tale progetto nell'onere della sua realizzazione che richiede un significativo impegno in più rispetto già al caotico, gravoso e dinamico lavoro di ogni turno.

Nella mia tesi tratterò appunto, tra le forme di trattamento non farmacologico, l'adozione della Doll Therapy come trattamento alternativo alla terapia di sedazione e contenimento fisico, discutendo sulla funzionalità e non funzionalità di questa tipologia di presa in carico dei soggetti istituzionalizzati affetti da demenza, riportando anche lo studio svolto nella messa in pratica di tale progetto nel pronto soccorso di Fano, luogo in cui ho svolto il mio ultimo tirocinio formativo.

1.1 Invecchiamento demografico e prospettive future

L'Istituto Superiore di Sanità di Roma riporta che il progressivo invecchiamento della popolazione è ormai noto a tutti, esperti e non. Ciò che colpisce maggiormente nel panorama del 21° secolo è il fatto di assistere a una redistribuzione demografica senza precedenti, in cui entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato.

Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronico degenerative. Nei Paesi più ricchi, il maggior carico di malattia (GBD, global burden of disease), misurato in anni di vita aggiustati per disabilità (DALY, disability-adjusted life years), è attribuibile alle patologie cardio e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza. Tanto nei Paesi in via di sviluppo che in quelli a più alto reddito, si prevede che il numero di soggetti con disabilità, derivante principalmente dalle malattie non trasmissibili, aumenterà proporzionalmente alla crescita della popolazione, con una più alta percentuale proprio nelle classi di età più avanzata. Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto longevity shock, recentemente sottolineato dal Fondo Monetario Internazionale. È inoltre evidente che la doppia transizione, epidemiologica e demografica, incrementerà inevitabilmente l'incidenza di numerose patologie neurodegenerative che si caratterizzano per il deficit cognitivo age associated, prima tra tutte la malattia di Alzheimer, come ha evidenziato il Progetto IPREA (Italian Project on the Epidemiology of Alzheimer's disease). L'attuale evoluzione richiede, quindi, una ridefinizione delle misure e delle risorse destinate

alle fasce di popolazione anziana, in cui più alto è il rischio di malattia e di perdita di autosufficienza. Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne).

Se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento.

1.2 Evoluzione del concetto di invecchiamento

Nell'accezione corrente, l'invecchiamento è un processo multifattoriale caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente comorbidità, proporzionali all'avanzamento dell'età e che investono l'intero arco della vita. Lo stato di salute dell'anziano non è più identificato unicamente con la ridotta presenza di malattia, ma con il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di poli patologie. Per questo motivo, uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è l'aspettativa di vita libera da disabilità (DFLE, disability free life expectancy), un indicatore composito che combina informazioni su mortalità e disabilità, estendendo il concetto di aspettativa di vita al di là del semplice numero di anni vissuti, quantificando quanti di questi siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane (ADL, activities of daily living e IADL, instrumental activities of daily living). L'originalità del nuovo orientamento risiede nell'aver individuato come obiettivi fondamentali il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano. Oltre al trattamento specialistico e riabilitativo della malattia, compito che comunque rimane essenziale, l'obiettivo che ci si deve prefiggere è quello di attuare interventi di prevenzione in grado di minimizzare i principali fattori di rischio e promuovere adeguati stili di vita in

ogni età, favorendo parallelamente l'accesso ai servizi e l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale. Tale orientamento è stato recepito dall'Unione Europea, che ha proclamato il 2012 “Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni”, e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha dedicato la Giornata Mondiale della Salute 2012 a “Invecchiamento e salute: la buona salute aggiunge vita agli anni”.

Capitolo 2

2.1 Cosa si intende per demenza, definizione OMS

La demenza, come da definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è “una sindrome solitamente di natura cronica caratterizzata da un deterioramento delle funzioni cognitive (capacità di formulare il pensiero) che va ben oltre il normale decadimento dovuto all'età” (Organizzazione Mondiale della Sanità OMS 2015). Colpisce la memoria, il pensiero, l'orientamento, la comprensione, la capacità di fare calcoli, l'apprendimento, il linguaggio, la capacità di giudizio”. La demenza quindi è “Perdita di sé”. La sua comparsa nella storia dell'umanità è probabilmente molto antica e correlata all'aumento del tempo di vita media dell'uomo, che sta avvicinandosi al traguardo teorico dei 120 anni per la specie umana. Nella nostra società sono comparsi i centenari, considerati fino ad un recente passato solo una isolata eccezione. Nelle Nazioni come l'Italia a elevato livello di invecchiamento della popolazione e cospicua riduzione della natalità, le classi di età giovani/adulti risultano minoritarie rispetto alla classe degli anziani. Perciò molti vecchi poggiano su pochi adulti. La demenza esordisce in età avanzata e corrisponde a un invecchiamento patologico di cui rappresenta il più grave quadro di malattia, con necessità di una assistenza sanitaria, sociale ed economica complessa, continuativa e molto prolungata nel tempo. Nella maggior parte dei casi tra l'esordio dei primi sintomi e la sua conclusione trascorrono molti anni. La Demenza quindi è una sindrome clinica caratterizzata dalla perdita delle funzioni cognitive, tra cui la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative della persona. Spesso si tratta di una condizione clinica irreversibile. Si tratta quindi di un declino globale delle abilità intellettive, con integrità della coscienza, che portano ad un livello di funzionamento più basso in modo degenerativo. Jean Etienne Esquirol ha definito la persona affetta da Demenza come “un ricco diventato povero”, sottolineando in questa breve frase il fulcro che caratterizza questa patologia. Sono presenti anche disturbi non cognitivi, che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, il comportamento e le funzioni vegetative.

La diagnosi della Demenza viene effettuata da un Neurologo, che sottopone il paziente a valutazioni ed esami per determinare il quadro clinico.

Per identificare la Demenza viene raccolta la storia clinica del paziente e successivamente si conducono:

- Valutazione dello stato psichico
- Esame generale e neurologico
- Valutazione dello stato funzionale

Inoltre sono eseguiti anche esami di laboratorio (es. Vitamina B12 e folati, VES, glicemia, elettroliti...), indagini di neuroimaging morfologico e funzionale a livello cerebrale e test neuropsicologici per identificare la condizione che causa la Demenza.

Per la valutazione della Demenza vengono utilizzati i seguenti sistemi:

- MMSE – si tratta di un esame dello stato mentale breve e strutturato che valuta orientamento, memoria, attenzione, denominazione, prassia, comprensione, concentrazione. I punti assegnati si trovano in un range che va da 0 a 30 e un punteggio più basso è correlato ad una maggiore compromissione
- MOCA – si tratta di un esame dello stato mentale breve e strutturato che, come l'MMSE, valuta orientamento, memoria, attenzione, denominazione, prassia, comprensione, concentrazione. Anche in questo caso i punti assegnati si trovano in un range che va da 0 a 30 e un punteggio più basso è correlato ad una maggiore compromissione
- ADAS – consente di ottenere una descrizione dei sintomi non cognitivi ed una valutazione dell'efficienza cognitiva, con prove specifiche per la memoria. Punteggi più elevati sono correlati ad una maggiore compromissione
- GDS – valuta in maniera globale la gravità della malattia, mettendola in relazione con il carico assistenziale di cui necessita il soggetto. Il punteggio va da 1 a 7, dove 1 indica la normalità e 7 la grave Demenza
- ADL e IADL – sono scale che consentono di valutare l'autonomia nelle attività quotidiane e nelle attività strumentali della vita quotidiana. Nelle attività quotidiane elementari si trovano vestirsi, mangiare, lavarsi e il controllo degli sfinteri; mentre delle attività strumentali della vita quotidiana fanno parte la capacità di usare il telefono, la conservazione degli hobbies, fare acquisti, la preparazione del cibo, la

cura della casa, spostarsi con i mezzi di trasporto, fare la biancheria, la responsabilità nell'uso dei farmaci e la capacità di maneggiare il denaro

In base ai risultati ottenuti nelle varie indagini viene emessa la diagnosi di Demenza e si individua il livello di gravità.

BPSD “Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia” Definizione L’International Psychogeriatrics Associations ha proposto la definizione “Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia” (BPSD), con la quale ci si riferisce ad uno spettro eterogeneo di sintomi non-cognitivi che possono presentarsi nei soggetti affetti da demenza, di qualsiasi tipo essa sia. Ci si riferisce a manifestazioni psicologiche, comportamentali e a sintomi psichiatrici che coinvolgono le fasi iniziali o lo stato più avanzato del disturbo neurocognitivo. La demenza è un quadro clinico caratterizzato da deficit di funzioni cognitive di gravità tale da andare a interferire con le normali attività di vita quotidiana o coi momenti lavorativi del soggetto. Sono colpite anche altre funzioni, ad esempio l’affettività, l’ideazione del pensiero, la percezione, la personalità e il comportamento; acquistano quindi molta importanza tutti quei tratti che rientrano nella definizione di BPSD. Alla base della demenza possiamo avere più di 100 patologie diverse, di natura degenerativa, vascolare o traumatica; una percentuale limitata dei casi (1-2%) è causata da alterazioni potenzialmente reversibili. I casi di demenza sono in costante aumento contestualmente al crescere della popolazione sopra i 65 anni: l’invecchiamento è il principale fattore di rischio, anche se “essere anziani non significa necessariamente avere la demenza”. Sono in aumento anche i casi di disturbi in età giovanile (o “Early Onset Dementia”), cioè tutte le forme ad esordio atipico e più aggressivo, che si verificano prima dei 65 anni. L’identificazione dei BPSD è molto importante per diversi motivi: innanzitutto contribuiscono al declino delle abilità cognitive e funzionali dell’individuo; inoltre, spesso questi sintomi determinano la necessità di intervenire farmacologicamente su un paziente con disturbo neurocognitivo maggiore. In aggiunta, i BPSD pesano notevolmente sulle responsabilità del care giver, il quale affronta maggiori difficoltà nell’assistenza dell’anziano; ne può quindi conseguire un peggioramento della prognosi del paziente, nonché maggior necessità di ospedalizzazione o istituzionalizzazione

In riferimento alla clinica dei BPSD, trattandosi di un gruppo di sintomi, la presentazione può essere eterogenea tra i pazienti; anche nello stesso soggetto si può riscontrare un andamento fluttuante delle manifestazioni. Queste, infatti, possono essere influenzate da fattori ambientali e dai tratti caratteriali di base dell'individuo. Nella maggior parte dei casi non si riscontrano BPSD casuali, ma raggruppati in cluster; illustro di seguito i principali:

- Apatia: Ritiro, mancanza di interesse, demotivazione;
- Depressione: Pianto, tristezza, disperazione, bassa autostima, ansia, colpa;
- Aggressività: In forma sia verbale che fisica;
- Psicosi: Allucinazioni, deliri, falsi riconoscimenti;
- Agitazione: Wandering, affaccendamento, irrequietezza, grida, disinibizione, azioni ripetute e stereotipate, disturbi del sonno.

Tra i sintomi più frequenti troviamo l'apatia (70% dei casi), segue l'agitazione (circa nel 60% del totale), e l'ansia (nel 50% dei pazienti). Sono comuni anche i disturbi dell'umore, quindi sintomi depressivi, presenti in una percentuale variabile dal 30 al 50% dei casi. Si osservano 3 con elevata frequenza anche irritabilità e agitazione motoria (40%) e manifestazioni psicotiche (30-60%). Non sono disponibili, purtroppo, dati epidemiologici riguardo l'incidenza dei BPSD in ospedale, ma l'elevata frequenza di questi sintomi nei pazienti con disturbo neurocognitivo maggiore ci porta a ipotizzare un valore molto simile alla quota dei casi di delirium

Capitolo 3

3.1 Piano Nazionale della cronicità: linee di indirizzo per la demenza

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.

Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il PNC si compone di due parti: la prima contiene gli indirizzi generali per la cronicità, mentre nella seconda si trovano approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici.

Nella prima parte vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano, proposte alcune linee di intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Inoltre viene approfondita la parte relativa alla cronicità in età evolutiva.

Nella seconda parte il Piano individua un primo elenco di patologie croniche, per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatici specifici a livello nazionale, individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure.

Esse sono:

- malattie renali croniche e insufficienza renale;
- malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
- malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;
- malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca;
- malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi
- malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria;
- insufficienza respiratoria in età evolutiva
- asma in età evolutiva
- malattie endocrine in età evolutiva - malattie renali croniche in età evolutiva

Per ciascuna il Piano prevede:

- a. un sintetico inquadramento generale (definizioni, dati epidemiologici, caratteristiche generali dell'assistenza);
- b. un elenco delle principali criticità dell'assistenza;
- c. la definizione di obiettivi generali, specifici, la proposta di linee di intervento, di risultati attesi e di alcuni indicatori per il monitoraggio.

3.2 Le strutture e i servizi disponibili sul territorio

Centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD): sono strutture cliniche per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle diverse forme di demenza. Sono centri specialistici che diagnosticano la malattia, prescrivono la terapia adatta, monitorano la sua progressione e danno indicazioni al malato e alla famiglia circa i servizi appositamente dedicati.

Reparti neurologici: sono i reparti ospedalieri che si occupano (anche) della degenza e della cura dei pazienti affetti da demenza, seguendo percorsi specifici indicati da neurologi che realizzano piani di assistenza personalizzati.

Centro Diurno Integrato (CDI): si tratta di una struttura di tipo semiresidenziale che opera in regime diurno e offre prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative personalizzate in alternativa al ricovero definitivo in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). L'obiettivo è quello di prevenire l'isolamento sociale e di garantire alle famiglie supporto e sollievo

nell'assistenza degli anziani che mantengono le loro abitudini e il loro domicilio. Centro Diurno Alzheimer (CDA): sono centri che offrono un programma personalizzato di supporto, riabilitazione e assistenza a pazienti affetti da demenze, nello specifico soggetti che presentano decadimento cognitivo ma conservano ancora una certa percentuale di autonomia psicomotoria.

Queste strutture erogano i propri servizi durante il giorno, in modo continuativo o saltuariamente. Aiutano l'anziano a mantenere uno stile di vita attivo attraverso momenti di socializzazione e servizi di riabilitazione cognitiva e motoria grazie al supporto di professionisti sanitari.

RSA: sono strutture non ospedaliere, a carattere sanitario, che ospitano persone non autosufficienti e di difficile gestione a domicilio, in quanto richiedono assistenza continua e presentano necessità cliniche ben precise.

In molte RSA è presente il nucleo Alzheimer, specifico per persone affette da demenza. Inoltre, spesso offrono anche un servizio definito "ricovero di sollievo", che consiste in un soggiorno temporaneo al fine di garantire un supporto alle famiglie che si prendono cura a domicilio di persone non autosufficienti. Spesso chi si affida a questa soluzione non vuole ricorrere a un ricovero definitivo ma necessita di aiuto per far fronte a delle situazioni improvvise e temporanee che interferiscono con la presa in carico del malato (periodo di stress dei familiari, adeguamento strutturale dell'abitazione, infortunio/malattia del caregiver).

Capitolo 4

4.1 Terapie farmacologiche nel trattamento della demenza

L'impatto dei sintomi comportamentali associati alla demenza è sostanziale. Questi sintomi contribuiscono alla diminuzione della qualità della vita dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari e aumentano il carico di assistenza e il costo nei vari setting assistenziali. Il riconoscimento precoce dei sintomi comportamentali e il trattamento appropriato sono importanti per una gestione di successo. Le strategie non farmacologiche rimangono la pietra angolare della gestione dei sintomi comportamentali correlati alla malattia di Alzheimer. Tuttavia, le strategie non farmacologiche potrebbero non essere efficaci per i comportamenti problema e potrebbe essere necessario un intervento farmacologico.

Antidepressivi agiscono sulla depressione e l'ansia, sintomi più comuni nel BPSD e un'efficace terapia antidepressiva nella demenza può migliorare sia i sintomi cognitivi che quelli affettivi, nonché altre forme di BPSD, come l'agitazione e l'aggressività. Gli antidepressivi triciclici non sono raccomandati a causa dei loro effetti avversi anticolinergici. Gli SSRI hanno una ragionevole tollerabilità e una risposta al trattamento favorevole. Nella demenza, gli SSRI (in particolare il citalopram) sono efficaci quanto gli antipsicotici atipici per il trattamento dell'agitazione. Gli SSRI possono essere associati a gravi effetti avversi come il prolungamento dell'intervallo QT e l'iponatremia.

Per gli antipsicotici, innanzitutto è importante affermare che questa tipologia di farmaci non sono stati approvati per l'uso clinico nella demenza, ad eccezione del risperidone, almeno in alcuni paesi. Pertanto, i medici dovrebbero fare riferimento alla legislazione del proprio paese prima di introdurre un farmaco antipsicotico per il trattamento della BPSD. Gli antipsicotici atipici come risperidone e aripiprazolo sono tra i farmaci più spesso (e probabilmente troppo spesso) prescritti nella BPSD. Sono efficaci nel trattamento dei sintomi psicotici, dell'agitazione e dell'aggressività.

L'alooperidolo può essere considerato nel trattamento del delirio nella demenza, ma non è raccomandato per un uso diverso nella demenza. L'alooperidolo è raccomandato solo per il delirio a causa del suo alto potenziale di effetti collaterali. Gli eventi avversi associati agli antipsicotici atipici includono effetti anticolinergici, ipotensione ortostatica, convulsioni, sindrome metabolica, aumento di peso, sintomi extrapiramidali, sedazione e prolungamento

dell'intervallo QT. L'aumento della mortalità e il rischio di incidenti cerebrovascolari hanno portato a un avviso di scatola nera per l'uso di antipsicotici nella demenza. Gli antipsicotici possono essere necessari e utili nel trattamento di alcuni BPSD, ma il loro uso deve essere limitato nel tempo. Durante il corso del trattamento sono necessarie valutazioni regolari dei rischi e dei benefici. Sebbene le prove sull'efficacia della quetiapina per la BPSD siano contrastanti, è ampiamente utilizzata clinicamente. A causa del suo profilo di effetti collaterali favorevole, in particolare per quanto riguarda i segni extrapiramidali, la quetiapina può essere di particolare valore per BPSD, specialmente nei pazienti con caratteristiche parkinsoniane, nonostante le prove contrastanti.

Nel caso invece delle benzodiazepine, mancano prove dell'efficacia delle benzodiazepine nella BPSD. Le benzodiazepine sono associate a sedazione, vertigini, cadute, peggioramento delle funzioni cognitive, depressione respiratoria, dipendenza e disinibizione paradossale negli anziani. Sono quindi raccomandati solo per la gestione di una crisi acuta, se altri metodi falliscono. Il loro uso deve essere limitato nel tempo e non devono essere prescritti come ipnotici.

4.2 Alcuni approcci non farmacologici nel trattamento della demenza.

Giochi e strumenti terapeutici dedicati ad anziani e persone con demenza

Molti studi recenti hanno dimostrato come il cervello possieda un elevato grado di plasticità neuronale e sia quindi in grado di generare nuove connessioni sinaptiche per tutta la vita. non dobbiamo dimenticare che alcuni grandi artisti hanno realizzato le loro opere più straordinarie in età molto avanzata: Tiziano dipinse la pietà a quasi novant'anni, Verdi compose il Falstaff attorno agli ottanta, così come Claude Monet, che dipinse le Grandi Ninfee dell'Orangerie alla stessa età. Picasso continuò a lavorare alle sue opere fino a 90 anni.

“Old Fashion Games” sono giochi a vecchio stampo riadattati o creati appositamente con lo scopo di unire assieme attività ludica e terapeutica.

Si tratta di giochi che appartengono, come filosofia, ad un dove il gioco era davvero solo uno svago e divertimento.

Gli strumenti (Tools) sono studiati di concerto con i caregivers a beneficio del soggetto con demenza, che recano sollievo, creano stimoli e donano confort agli anziani soggetti a

deterioramento psichico progressivo. Si tratta di strumenti che possono trovare un posto tra le terapie non farmacologiche, le uniche in grado di donare qualità di vita e momenti di gioia/comfort a persone con demenza.

Giochi di gruppo

- Si-Lo

Si-Lo è un gioco molto antico, sembra essere originario della Germania, dove nel 1325 un mobiliere, osservando dei bambini giocare a tirare delle grosse pietre in una buca, inventa un sistema meno pericoloso per divertirsi. Guardandosi attorno e vedendo la grande quantità di grano a disposizione nella sua Baviera decide che le nuove “pietre” saranno dei sacchetti riempiti con una libbra di chicchi di grano; simbolicamente il gioco consiste nel lanciare i sacchi nel granaio. Si tratta di un gioco di abilità molto diffuso nei paesi anglosassoni dove si svolgono dei veri e propri tornei. Ogni giocatore dispone di 3 sacchetti di grano da lanciare su di una pedana rettangolare inclinata dove sulla metà più lontana è praticato un foro di una ventina di cm di diametro. Diversi punteggi sono attribuiti se il sacchetto si ferma sulla prima metà, sulla seconda o se centre il buco.

Obiettivi terapeutici:

Abilità cognitive: attenzione, concentrazione.

Abilità prassiche: coordinazione dei movimenti, coordinazione oculo manuale, estensione del braccio, abilità prensili.

Abilità di relazione: socializzazione e cooperazione tra i partecipanti per il raggiungimento dell’obiettivo.

Suggerimenti:

Si tratta di un gioco spettacolare che risulta molto bello da osservare anche per chi non prende parte al gioco e si presta quindi ad essere inserito in attività con gruppi numerosi. Si consiglia di formare delle piccole squadre per deresponsabilizzare il singolo soggetto; è un gioco adatta all’organizzazione di piccoli tornei con strutture vicine in modo da rafforzare il senso di appartenenza e fornire agli ospiti un orizzonte temporale ed uno scopo all’allenamento

- Biliardo olandese:

il biliardo olandese o Sjoelen è un gioco antico di origine olandese. Viene tuttora usato nei pub e nelle fiere. L'obiettivo del gioco è di lanciare con due mani il massimo numero di dischetti di legno, nelle quattro casse, ognuno delle quali attribuiscono un punteggio da 4 a 1. Chi riuscirà a fare entrare il massimo numero di pedine negli alloggiamenti vince la partita. Si tratta di un gioco relativamente semplice adatto a bambini ed anziani. Richiede tuttavia un minimo di strategia in quanto chi riesce ad introdurre una pedina in ciascuna delle quattro caselle otterrà punteggio doppio.

Obiettivi terapeutici:

Abilità cognitive: capacità di problem solving attraverso la strategia del gioco, attenzione, pensiero complesso legato alla concentrazione dei movimenti, capacità di calcolo del punteggio.

Abilità fino motorie: coordinazione dei movimenti, coordinazione oculo manuale, estensione del braccio, abilità prensili.

Abilità di relazione: sano spirito competitivo, riconoscimento di se quale elemento capace di vincere.

- **Memory-cards:**

queste carte per reminiscenza sono state ideate per essere usate in abbinamento ai nostri giochi di tipo il bersaglio A-volo, ma possono essere usate singolarmente o abbinate ad un gioco di tabellone per attività di reminiscenza. Contengono domande su quattro categorie:

giallo/proverbi, arancio/religione, verde/altri tempi e blu/si dice così le carte sono realizzate in formato 12 x 8 cm. Ogni carta ospita sul retro due domande con diverso grado di difficoltà e le relative risposte esatte. Sono contenute in sacchetti di cotone ricamato ed inserite in una scatola di lamiera.

Obiettivi terapeutici:

Abilità motorie: allenamento delle prese fini e dei muscoli intrinseci della mano.

Abilità cognitive: stimolazione all'attenzione, alla comprensione e all'ascolto, allenamento della memoria semantica, episodica, procedurale e a lungo termine, comprensione delle metafore e dei significati traslati, orientamento spazio temporale.

Abilità di relazione: stimolazione del linguaggio e della reminiscenza attraverso la creazione di diversi spunti di conversazione su diversi ambiti ed argomenti. Condivisione di ricordi ed

emozioni e rielaborazione degli stessi, aggregazione e confronto con l'altro. Suggerimenti: quando sono utilizzate in abbinamento A-volo bersaglio le carte danno la possibilità al giocatore, in caso di risposta esatta, di guadagnare degli ulteriori punti o la facoltà di colorare la parte del fiore corrispondente. Alternativamente il giocatore potrà pescare una carta per colore prima di iniziare le tirate e la risposta esatta darà il diritto a tirare il proiettile del colore corrispondente.

Giochi da tavolo

- Colori in gioco:

Questo gioco è stato espressamente creato per allenare l'attenzione, la concentrazione, la percezione visiva, la collocazione dello spazio ed il cognitivo. I colori scelti rosso, verde, blu, e giallo sono i colori base per la determinazione e l'orientamento nell'ambiente e nella vita di tutti i giorni. Poiché i colori base vengono appresi molto presto nella vita e rivisti a lungo, fa sì che essi rimangano impressi nella memoria a lungo termine. Per questo motivo un gioco impostato su queste basi può venire utilizzato con successo con le persone affette da demenza progressiva. La relativa facilità con cui si potranno ottenere dei successi iniziali, andrà a creare dei rafforzamenti positivi sull'umore e sull'autostima. Il gioco potrà inoltre essere usato per aiutare a trovare le parole ed allargare il vocabolario in casi di afasia.

Il gioco si compone in 4 carte double-face con un lato stampato in bianco e nero ed uno a colori, diverse per 8 categorie: frutta, verdura, piante, animali, segnali stradali, vestiti, cibo, elementi della natura.

Ci sono inoltre 8 tabelloni formato A4 sempre double-face che raggruppano le 4 carte per categoria.

Obiettivi terapeutici:

Abilità motorie: allenamento delle prese fini e dei muscoli intrinseci della mano.

Abilità cognitive: stimolazione all'attenzione, al riconoscimento dei colori, allenamento della memoria semantica, episodica, procedurale e a lungo termine, orientamento spazio temporale.

Abilità di relazione: stimolazione del linguaggio e della reminiscenza attraverso la creazione di diversi spunti di conversazione su diversi ambiti e argomenti, condivisione di ricordi ed emozioni e rielaborazione degli stessi.

- Dadi musicali

Il gioco consiste in un blocco di 12 dadi musicali, divisi in coppie dello stesso colore. Ogni coppia di dadi ha un diverso colore ed un suono diverso per stimolare le abilità residue e uditive di bambini ed anziani.

Obiettivi terapeutici:

Abilità motorie: allenare la presa grossolana, la manipolazione e il rilascio dell'oggetto.

Abilità cognitive: stimolare la discriminazione visiva e uditiva, l'attenzione, la percezione, la creatività ed il problem-solving.

Abilità di relazione: favorire la reminiscenza, la narrazione, la gestione delle situazioni come la rivalità e il cameratismo. Permette di creare un contesto di aggregazione, stimola al rispetto delle regole e dei turni di gioco, gestire la relazione vincitore-vinto.

- Gioco mandala di legno

Meraviglioso gioco di posizionamento, grazie a 36 elementi in legno con impugnature a contrasto sarà possibile creare, seguendo le 10 schede allegate, 10 Mandala con difficoltà crescenti, da posizionare all'interno dell'apposita cornice in legno ed innumerevoli altri a piacere, lasciando spazio alla fantasia.

Obiettivi terapeutici:

Abilità motorie: affinare le prese fini e la coordinazione oculo-manuale.

Abilità cognitive: stimolare la percezione e la discriminazione visiva, il riconoscimento dei colori, favorire la concentrazione e l'attenzione.

Abilità di relazione: favorisce la creazione di spunti di discussione che stimolano la narrazione.

Musicoterapia

La musicoterapia è una tra le più note terapie non farmacologiche a livello mondiale. Si tratta di un approccio terapeutico che usa la musica per arrivare la paziente e renderlo a sua volta in grado di esprimersi, aprirsi e quindi essere parte attiva della terapia. Il potere magico della musica, dunque, è rivolto al servizio dell'integrazione ed emotività dei pazienti e al trattamento di un ampio ventaglio di disabilità e malattie.

Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che la musica influisce sul cervello, in particolare sulle cellule neuronali, stimolandole a produrre le beta-endorfine, i così detti “ormoni del buonumore”, che sono dotati di proprietà analgesiche.

Attraverso studi recenti risulta che le note musicali e il suono incidono a livello organico influenzando la pressione sanguinea, la circolazione, il ritmo del respiro e i movimenti intestinali. Dal punto di vista cognitivo la musica favorirebbe l’attenzione, la concentrazione e le capacità di calcolo.

La musicoterapia per i pazienti colpiti da gravi patologie neurologiche

Particolarmente interessante a questo proposito è quanto scritto dal recente scomparso Oliver Sacks, il neurologo scrittore diventato famoso in tutto il mondo grazie ai suoi bellissimi libri. In “Musicofilia”, una delle sue ultime opere, l’autore ha esplorato il complesso rapporto tra musica e cervello. Egli ha soprattutto analizzato i benefici che la musica terapia può portare a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative come il Parkinson e l’Alzheimer; tra questi benefici si osserva una riduzione dei disturbi comportamentali e un riequilibrio del ritmo sonno-veglia.

in seguito riporto alcuni semplici strumenti per musicoterapia come strumenti per la percussione per risvegliare il senso del ritmo e del movimento, innati in ognuno di noi, ed altri piccoli strumenti per una musicoterapia legata all’ambiente naturale.

Lo scopo è di riprodurre il suono della pioggia, del mare, dell’acqua e voci di animali, andando a lavorare su memorie antiche, donare la possibilità agli anziani di riascoltare suoni conosciuti della natura e del mondo animale. Con l’ausilio di immagini sarà possibile per gli educatori ricreare dei set terapeutici multimediali che riproducano scene di boschi, stagni, laghi o cascate. I richiami per uccelli, in particolare, sono stati usati da sempre per la caccia e per l’osservazione di questi animali. I fischi nati dal desiderio di imitare la lingua degli uccelli, costituiscono uno degli archetipi del linguaggio umano e sono tuttora usati per comunicare semplici informazioni tra i pastori di molte popolazioni tra cui la Barbagia e Sardegna.

- Sacca del ritmo

La sacca è dotata di tasche per lo stoccaggio dei diversi strumenti, può essere appesa alla parete per rendere più agevole l’utilizzo.

Concepito per il lavoro di gruppo

- **Richiami per uccelli**

Questi strumenti insoliti si prestano a delle attività di musicoterapia particolarmente piacevoli, in quanto consentono di evocare suoni dalla natura creando sensazioni di immediato benessere.

Il canto degli uccelli possiede un grande effetto tranquillante nei confronti delle persone disorientate, la cui percezione dell'ambiente circostante è spesso alterata.

In Francia sono spesso utilizzati come strumenti terapeutici in Ortofonia, per la rieducazione del soffio nelle disartrie neurologiche, nei disturbi di articolazione del linguaggio e nelle insufficienze velo-faringee; ottimi risultati sono stati ottenuti anche con bambini con autismo. Grazie all'ausilio di immagini sarà inoltre possibile agli educatori ricreare dei set terapeutici multimediali che riproducano scene di boschi, parche, stagni, laghi o fiumi per una vera e propria immersione simbolica nella natura.

- **Rana musicale**

Idiofono a raschiamento ricavato tradizionalmente da una zucca oblunga disseccata e suono prodotto, essendone a volte l'espressione onomatopeica oppure assumendo il nome di un animale di cui la sonorità dello strumento richiama il verso.

La parte superiore dello strumento presenta delle scanalature che vengono sfregate con una bacchetta di legno o di metallo. Questo strumento grazie alla sua forma familiare ed alla tipologia di suono prodotto si presterà magnificamente alla creazione un set musicali legati ad ambientazioni corredate da immagini

- **Rainstick**

Il bastone della pioggia, in spagnolo "Palo de Ilivia" è uno strumento musicale della categoria degli idiofoni a scuotimento. È uno strumento tradizionale diffuso soprattutto in America Centro Meridionale. Era costituito in origine da un tronco di cactus Capado del deserto di Atacama essiccato. Quando la pianta muore la polpa si secca lasciando una sorta di tubo vuoto, anche le spine dello stesso sono recuperate ed utilizzate conficcandole sulla polpa secca del fusto. Le pietruzze e le conchiglie sminuzzate inserite nella cavità del cactus, successivamente sigillato alle estremità, muovendosi urtano le spine e le fanno vibrare producendo una cascata di delicati suoni, ricordanti appunto il rumore dello scorrimento

dell'acqua. Veniva anche usato dagli sciamani in cerimonie religiose propiziatorie per il raccolto o per la pioggia. Le popolazioni centroamericane lo utilizzavano per curare le malattie del sistema nervoso, poiché il suono rilassante che produce questo strumento sembrava avere poteri magici.

- Marveille

Quando si desidera aggiungere una dose di pace e relax alle sedute di musicoterapia il "tamburo del mare" è una scelta davvero eccellente per calmare la mente e sollevare lo spirito. Grazie al suo aspetto gradevole, oltre ad essere uno straordinario strumento sonoro risulta piacevole a vedersi e gradevole al tatto.

Il tamburo del mare grazie alla sua semplicità d'uso si adatta ad essere utilizzato da chiunque. Si usa semplicemente tenendolo per i bordi e ruotando i polsi inclinandolo dolcemente, le palline al suo interno rotoleranno dolcemente creando un suono simile al respiro del mare. Variandone semplicemente l'inclinazione e la velocità e muovendolo in diverse direzioni, sarà possibile ricreare di volta in volta diversi suoni, passando dallo scorrere pacifico di un torrente di montagna alle onde che si infrangono sulla riva dell'oceano.

Questo strumento si presta magnificamente alla creazione di set musicali legati ad ambientazioni corredate da immagini.

Tattile e sensoriale

Il contatto ha una grande importanza nell'evoluzione del bambino ed è una fondamentale esperienza basilare del Sé spesso conservata ad un qualche livello più profondo e non immediatamente fruibile anche in persone più anziane o affette da demenza.

Dalle ultime ricerche emerge che le persone affette da demenza e da Alzheimer abbiano ancora possibilità di provare tenerezza con se stessa, laddove invece risultano compromessi gli scambi affettivi con gli altri.

Evocata è l'immagine dell'anziano che attraverso i piccoli movimenti e le carezze rivive esperienze di tenerezza in grado di procurare una sensazione di benessere.

A questo proposito si sono creati una serie di oggetti che consentono attraverso piccoli movimenti ed esplorazioni delle mani una "coccola" per se stessi; tali oggetti non devono e non possono sostituire il contatto umano, ma possono essere un coadiuvante, un valido aiuto.

Sono strumenti pensati per dare benessere, calmare la mente e stimolare sensazioni tattili e visive della persona.

- Coperta terapeutica Linus

La coperta Linus è stata disegnata espressamente per le persone affette da demenza, le quali necessitano o desiderano avere qualcosa per tenere le mani occupate. La coperta fornisce una sorgente di stimolazione visiva tattile e sensoriale, prodotto realizzato completamente a mano in Italia, realizzata in morbido pile a doppio strato con misure approssimativamente 60 per 70 cm. La coperta comprende: Una tasca laterale a forma di manopola che nasconde al suo interno un sacchetto che contiene delle sfere in polistirene per microstimolazione, il quale può essere rimosso tramite velcro a discrezione dell'operatore. Una tasca centrale con due pattine chiudibili con velcro all'interno della quale è ricavata un'ulteriore tasca trasparente per l'inserimento del foto preferite. La coperta, inoltre, presenta una cerniera lampo, di colore contrastato, tre nastri in seta di colore e misure diverse, una pattina di tessuto pesante con asole e bottoni, tre sacchetti in tessuto di diverso colore e materiale, un filo di cotone intrecciato con perle di diverso materiale e peso, tre cordoncini in polistirene saldamente fissati alla coperta. La coperta può essere lavata sia a mano che in lavatrice.

Obiettivi terapeutici:

Abilità motorie: stimolazione delle prese fini e della manipolazione.

Abilità cognitive: stimolazione dei processi di feed-back e della sensibilità epicritica, discriminatoria e termica, riconoscimento dei colori, mantenimento dell'attenzione.

Abilità di relazione: percezione di sensazioni piacevoli, rilassamento e tranquillità.

Tattile sensoriale/pets

Si tratta di una collezione in peluche che è stata creata con l'intento di alleviare il senso di solitudine e di abbandono in bambini ed anziani affetti da decadimento cognitivo.

Il respiro lento e continuo dei cuccioli infonde sicurezza e tranquillità, placa l'ansia e dona un senso di calore e di casa anche a chi è da tempo lontano dal proprio nucleo domestico. La possibilità di tornare a prendersi cura di un piccolo animale, con gesti semplici equali una carezza o lo spazzolargli il pelo, soddisfa una dei bisogni fondamentali di accudimento, cura e protezione caratteristico della nostra specie.

Questi cuccioli donano la reale sensazione di possedere un animale da compagnia, senza la responsabilità ed i costi relativi al suo mantenimento

- **Doll Therapy**

Nata in Svezia la linea Empathy Dolls è composta da naturalissime e bellissime bambole terapeutiche, create con l'intento di stimolare l'empatia e le emozioni nei bambini e negli adulti.

La terapia della bambola riveste un ruolo molto importante nei confronti dei malati di Alzheimer, collocandosi ai primi posti tra le terapie non farmacologiche.

La conformazione delle Empathy Dolls, attraverso studiati accorgimenti, particolari tratti somatici, collo mobile e distribuzione del peso nella parte posteriore del corpo favoriscono identificazioni empatiche, forniscono stimolo ad uscire dall'apatia ed aprirsi all'altro. Sono utilizzate allo scopo terapeutico di risvegliare le reazioni delle persone, promuovere il contatto e divenire autentici oggetti transazionali nel gioco e nella terapia.

Forniscono ai terapeuti/caregiver attenti, enormi possibilità per leggere momenti fondamentali legati alla storia personale ed affettiva dell'ospite.

Ogni bambola viene fornita con idonea scheda di consegna all'ospite ed un breve vademecum contenente consigli per l'uso in terapia.

Le Empathy Dolls hanno un notevole potere di generare un contatto con bambini e adulti senza chiedere nulla in cambio. Aprono nuove opportunità per esplorare e sviluppare la comprensione delle emozioni.



“Mia” è una simpatica e morbida bambola più pesante nella zona del sedere per aumentare la sensazione di tenere una bambola vera in braccio. Il contatto visivo che si crea tenendola in braccio è essenziale per la creazione di legami affettivi. Mia riesce a stare comodamente seduta. È dotata di una piccola tasca sul fianco sinistro chiusa con il velcro che può contenere il cuore elettronico o i sacchetti per gli aromi e le essenze profumate (articoli venduti a parte come accessori). Veri strumenti creati a scopo terapeutico, consentono all’ospite di ricreare aspetti legati alla propria storia personale e realtà affettiva.

Altezza: circa 42 cm

Peso: circa 800 grammi Marchio: Joyk

Lavabile in lavatrice a 40°C con lavaggio delicato, vestitini lavabili separatamente.

Lilly e Ellias sono Empathy Dolls molto particolari: sono bambole neonato molto realistiche. Il tessuto morbido con cui sono state realizzate, la distribuzione del peso che regala la sensazione di avere un bambino vero in braccio (la testa si appoggia all’incavo del braccio cadendo in modo realistico) e possono tenere il dito i bocca.

La lunghezza di 50 cm è proprio quella di un neonato.

Hanno una piccola tasca sulla schiena chiusa con il velcro che può contenere il cuore elettronico, i sacchetti per gli aromi e le essenze.

Altezza: circa 50 cm

Peso: 1000 grammi circa

Marchio: Joyk

Lavabile in lavatrice a 40° C con lavaggio delicato.

Obiettivi terapeutici:

- **Abilità motorie:** stimolare la manipolazione, la prensione ed il rilascio, favorire stimoli sensitivi che possono arrecare piacere e rilassamento così da allentare la tensione muscolare.
- **Abilità cognitiva:** rinforzo dello schema corporeo e della memoria a lungo termine.
- **Abilità di relazione:** stimolazione del linguaggio, la narrazione e la reminiscenza. Rinforzo dell’empatia, dell’istinto materno e dell’elaborazione delle emozioni che portano la persona a rilassarsi e a tranquillizzarsi. Condivisione delle emozioni con gli altri ospiti

La Doll Therapy è un trattamento a carattere non farmacologico che prevede la possibilità per l'ammalato, attraverso la bambola, di esternare le proprie emozioni e ricevere stimoli per la relazione interpersonale. Infatti nel rapporto con le bambole, la persona può ripetere le proprie esperienze infantili, recuperare la funzione di accudimento vissuta nel ruolo madre/padre, e quindi fare affiorare i propri conflitti, oggettivare la propria aggressività e trovare un oggetto contenitore per le angosce attuali. Rivivendo tali esperienze la persona con demenza viene incoraggiata a comunicare con gli altri, a stimolare la memoria, ad allentare lo stress. Gli studi sulla terapia della bambola come cura per la demenza e l'Alzheimer si ispirano alla teoria dell'attaccamento formulata negli anni '60 dallo psicologo John Bowlby. Bowlby si occupava di psicologia infantile e aveva teorizzato che la ricerca di costante contatto reciproco da parte del bambino e del genitore fosse la conseguenza di un istinto primordiale. Questo desiderio, tendente ad evolversi in una forma di accadimento dell'altro, può anche avvalersi di un oggetto transizionale grazie al quale l'interazione con gli altri può essere intensificata. Da questa teoria prendono avvio tutti gli studi inerenti alla terapia della bambola.

In Italia è il dott. Ivo Cilesi il responsabile della diffusione e della sperimentazione della terapia della bambola.

L'anziano utilizza la bambola come oggetto simbolico per creare una relazione con altri soggetti e riesce a riversare parte del naturale desiderio di accudimento e scambio affettivo sul giocattolo che diviene un essere vivente dotato di esigenze concrete, ma soprattutto emotive.

La Doll Therapy consiste nel fornire una bambola con precise caratteristiche antropomorfe (in relazione a peso, altezza, espressione facciale ed in quanto tali molto realistiche) a pazienti affetti da demenza durante delle specifiche sessioni terapeutiche. L'utilizzo della doll therapy in questo target di pazienti si sta diffondendo sempre di più come intervento per ridurre tutti i disturbi psicologici, sociali e comportamentali che affliggono le persone affette da demenza. Il concetto terapeutico che si cela dietro l'utilizzo della bambola nella Doll Therapy si basa sulla teoria dell'attaccamento. Sebbene questa teoria si riferisca generalmente ai bambini, alcuni studiosi l'hanno applicata anche alle persone con demenza. L'"attaccamento" si realizzerebbe, infatti, in situazioni con forte stress, non familiari e con elevato senso di insicurezza; tutti elementi presenti nei pazienti con demenza. La bambola potrebbe fungere

da “oggetto transizionale”, un’ancora in un momento di incertezza simile a quella dei bambini nella fase di ingresso nell’età adulta. La maggior parte dei sintomi psicologici e comportamentali dei pazienti con demenza come il ripetere la medesima domanda, piangere, ricercare il contatto fisico possono essere letti tutti come dei modi per soddisfare il loro bisogno di attaccamento. La bambola, in questi casi, potrebbe soddisfare il bisogno di vicinanza, contatto e rassicurazione, riducendo conseguentemente i suddetti sintomi psicologici e comportamentali. Le bambole da doll therapy possono, inoltre, riportare alla memoria emozioni e vissuti riguardo l’esperienza di genitorialità, promuovendo sensazioni relative alle proprie capacità, quiete e benessere. La doll therapy migliora la stimolazione sensoriale attraverso l’utilizzo del tatto e le capacità comunicative di chi la utilizza. Alcuni ricercatori hanno evidenziato anche un aumento dell’autostima degli utenti, sviluppatosi attraverso attività di cura nei confronti della bambola (come cantare delle ninne nanne) e un maggiore senso sicurezza. È possibile che con questo utilizzo terapeutico le persone instaurino un legame con la bambola, simile ad un senso di protezione materno, cambiandole i vestiti, nutrendola e prendendosi cura di lei. Questa attività di cura è stata associata anche ad un aumento del senso di cura verso sé stessi e ad un miglioramento nelle attività svolte in autonomia.

La terapia della bambola: le ricerche

Diversi studi hanno riportato benefici in relazione all’utilizzo della bambola tra cui:

- Riduzione dello stato di agitazione, dell’aggressività, del wandering (vagare in maniera confusa verso una meta imprecisata)
- Aumento del livello di relazioni sociali e con l’ambiente esterno, dello stato di benessere della persona
- Promozione di comportamenti positivi

Questi studi hanno anche indagato la percezione dei sanitari coinvolti spesso infermieri e dei caregiver. Ambedue le categorie sono mediamente propense a tale utilizzo, poiché riscontrano la riduzione dello stress correlato alla patologia sia da parte del paziente che di coloro che lo assistono.

Un recente studio (pilota, randomizzato controllato) non ha, invece, evidenziato una significativa riduzione dello stato d’ansia e di agitazione dei pazienti arruolati, ma ha rilevato

come la bambola rappresentasse per le persone che la utilizzavano un'attività importante, piacevole, alla quale i sanitari coinvolti attribuivano anche un valido supporto a livello emotivo ed espressivo.

La doll therapy è ancora al centro di un dilemma etico; alcuni studiosi si interrogano sulla correttezza di utilizzo della bambola con delle persone in età adulta, in termini di rispetto della dignità personale e temendo, agli occhi dei familiari, una reazione negativa nel vedere il proprio caro regredire ad una condizione ritenuta quasi "infantile". L'OMS si batte da anni per la difesa dei diritti delle persone dementi e anche l'esclusione da una terapia come quella della bambola potrebbe rappresentare una limitazione nei diritti di questi pazienti. Dato l'approccio mirato della bambola è necessario che la terapia stessa venga personalizzata, non tutti i pazienti con demenza possono trarre beneficio da tale utilizzo; alcuni possono mostrare interesse il primo giorno e poi perderlo nei successivi. Si rende quindi necessario monitorare l'andamento della terapia, il livello di interazione con la bambola, anche per assicurarsi che l'eventuale legame instauratosi non richieda un impegno eccessivo da parte dell'utente, rischiando di affaticarlo o di limitarsi nelle proprie attività di cura

Per indagare l'efficacia della terapia della bambola, nella ricerca di Pezzati R. e collaboratori (2014) è stata utilizzata come riferimento la teoria dell'attaccamento di Bowlby.

L'ipotesi proposta dai ricercatori è che l'esperienza emozionale della persona esposta a sedute di terapia della bambola, attivi i sistemi di accudimento e di esplorazione. Per verificare questa ipotesi sono stati confrontati un gruppo di pazienti con demenza istituzionalizzati e sottoposti a terapia, con un gruppo di controllo non trattato. Il protocollo sperimentale utilizzato consisteva in 10 sessioni non consecutive, strutturate con l'obiettivo di ricreare una situazione di separazione da una figura conosciuta e l'interazione con l'ambiente, per ricreare parzialmente le fasi prototipiche della "Strange Situation". Tutte le sessioni sono state videoregistrate e analizzate attraverso una griglia di osservazione. I parametri indagati e valutati erano i seguenti: la dimensione relazionale con l'ambiente, la direzione dello sguardo, i comportamenti di esplorazione e i comportamenti di accudimento.

Dai risultati si è potuto notare che l'applicazione della terapia della bambola abbia promosso e migliorato la dimensione affettiva e relazionale di attaccamento/accudimento e la

dimensione attentiva nel comportamento di esplorazione, dei pazienti con una demenza di grado avanzato.

I risultati suggeriscono, quindi, che l'uso della terapia della bambola promuove miglioramenti significativi della capacità di relazione con il mondo circostante.

Altri autori (Braden, Gaspar, 2015) hanno inoltre cercato di valutare l'efficacia di questo trattamento per persone con demenza, che presentano gravi sintomi comportamentali quali: agitazione, confusione, aggressività fisica e verbale, insonnia, apatia, depressione, disinteresse/inattività, wandering, affaccendamento afinalistico...

Tale studio è stato svolto, previa specifica formazione del personale riguardo la corretta somministrazione della bambola terapeutica, in un centro di cura per le demenze senili, ed ha coinvolto 16 donne con Alzheimer da grado moderato a severo.

I risultati dell'applicazione dell'intervento di terapia della bambola sono stati analizzati con un questionario, somministrato agli operatori, diviso in 6 aree di comportamento, osservato prima e dopo il trattamento con la bambola.

I dati fanno emergere una diminuzione statisticamente significativa dei livelli di ansia, aggressività, oppositività, insonnia... e, al contempo, un miglioramento dei livelli di vivacità/attività.

Infine sono migliorate anche le modalità di relazione pre-verbali e non verbali, con una conseguente riattivazione delle relazioni con gli altri ospiti e operatori.

Grazie alla sollecitazione della memoria procedurale, tramite i gesti di cura come la vestizione, il cambio di abiti o ancora attraverso le azioni del cullare o dell'alimentare, sono significativamente migliorate anche le condotte di auto-assistenza e cura personale, messe in atto dalle singole pazienti.

In conclusione, si può vedere come nei vari studi, la terapia della bambola si sia rivelata un intervento non farmacologico di grande valore per la pratica clinica: valido per il miglioramento del benessere della persona e volto a ridurre i disturbi comportamentali e psicologici nei pazienti con demenza.

Capitolo 5

5.1 Obiettivo

Nel capitolo che segue verranno descritte in particolare la modalità utilizzate per la progettazione dello studio. Lo studio mira a sperimentare quanto le Terapie Non Farmacologiche possano avere effetti positivi e diminuire i disturbi comportamentali e cognitivi (BPSD) di un malato di Alzheimer con grado di demenza moderato/grave. Il mio lavoro di tesi ha l'obiettivo di dimostrare se una TNF quale la doll therapy, somministrata in maniera controllata e sistematica può contribuire a:

- contenere e ridurre i disturbi del comportamento,
- favorire l'espressività relazionale ed emozionale,
- indurre al rilassamento
- ridurre il carico farmacologico
- ridurre lo stress assistenziale del caregiver

5.2 materiali e metodi

La scheda denominata "scheda osservazionale di approccio e interazione diretta del paziente con la Doll" è una griglia di osservazione ideata da Ivo Cilesi (psicopedagogista) prende in esame tutti i comportamenti che il soggetto può tenere durante una seduta di Doll Therapy (se parla con la bambola, l'accudisce, le sorride etc). La scheda che ho utilizzato comprende anche una sezione anamnestica in cui vengono registrati dati anagrafici, manifestazioni e disturbi comportamentali.

Questo primo "accertamento" è un passaggio molto importante perché consente di definire tempistica e modalità di somministrazione della bambola. La compilazione della scheda è completamente a carico del caregiver (o dell'operatore sanitario, se l'intervento non viene somministrato a domicilio), all'interno della quale potrà aggiungere considerazioni personali derivanti dall'osservazione. La griglia è formata da 13 items a cui a tutti bisogna rispondere SI o NO a seconda dei comportamenti del paziente. La terapia della bambola ha degli effetti benefici solo se somministrata correttamente e, soprattutto, previa osservazione del comportamento dell'anziano malato nei confronti dell'oggetto. Se mostra un interesse positivo nei confronti del giocattolo e si pone nei confronti di quest'ultimo in maniera

empatica ed affettuosa, si può definire un programma terapeutico con l'appoggio di un medico. Tuttavia, è bene non somministrare la bambola troppo spesso, altrimenti si rischia di non ottenere più reazioni di entusiasmo e di avvolgere anche il giocattolo in una spessa coltre di apatia e indifferenza. La bambola deve essere somministrata in specifici momenti della giornata, valutando i progressi attraverso griglie di osservazione. Può essere proposta anche in momenti della giornata caratterizzati da apatia o agitazione, ad esempio nel momento dell'igiene al paziente.

Secondo Andrew (2006), la bambola deve essere presentata all'anziano in modo da permettere alla persona di stabilire se si tratta di un bambino o di una bambola giocattolo. È interessante notare che, se la bambola è percepita come un bambino, la persona con demenza non corregge questa percezione.

Secondo il Dr. Ivo Cillesi (colui che introdusse la tecnica in Italia, a sua volta ispirata dall'idea originale della terapeuta svedese Britt Marie Egedius-Jakobsson.) si possono verificare tre possibilità quando si somministra la bambola all'anziano:

- la prima è che viene riconosciuto come oggetto inanimato e quindi non viene considerato come elemento di attaccamento
- nel secondo caso la bambola viene accudita e riconosciuta come un bambino
- nel terzo caso si possono alternare momenti di attaccamento a momenti di indifferenza e rifiuto

Lo studio è stato svolto nell'unità operativa del Pronto soccorso di Fano nell'area dedicata nell'osservazione breve e intensiva; i soggetti esaminati sono anziani affetti da demenza ricoverati in tale reparto con età compresa tra i 52 e 96 anni di entrambi i sessi. I soggetti esaminati sono stati 15 in un periodo totale compreso di due mesi (dal 1 luglio al 31 agosto) Durante la permanenza in OBI per la raccolta dati veniva compilata una griglia composta da 13 items da parte dell'infermiere in turno. La suddetta scheda prevede anche uno spazio libero per scrivere eventuali note aggiuntive da parte dell'operatore sanitario.

Indicazioni e controindicazioni utilizzate:

Dopo una o al massimo due ore è necessario creare una pausa perché lo stimolo da piacevole può diventare ansiogeno o addirittura simbiotico e patologico. La pausa prevede che la bambola sia tolta dalla vista della persona sempre in modo gentile e verosimile (“deve andare

a dormire”, “va cambiata”) e va riposta nella nursery. La consegna può essere diretta o indiretta, in quest’ultimo caso l’operatore si avvicina altrimenti no.

In caso di rifiuto, ad esempio durante la consegna del mattino, la consegna viene spostata al pomeriggio; in caso di rifiuto durante la consegna pomeridiana la bambola viene proposta il giorno successivo. Se la bambola viene abbandonata in un angolo e la persona non la ricerca, l’operatore la riporta alla nursery. L’addormentamento è uno dei pochi casi in cui la bambola può essere lasciata fino al risveglio.

È necessario interrompere la terapia se la relazione con la bambola è aggressiva, se la persona tratta male la bambola o essa rievoca eventi dolorosi. Un’altra controindicazione è il dolore fisico della persona, in quanto non si avrà il focus sulla bambola.

Capitolo 6

6.1 Risultati

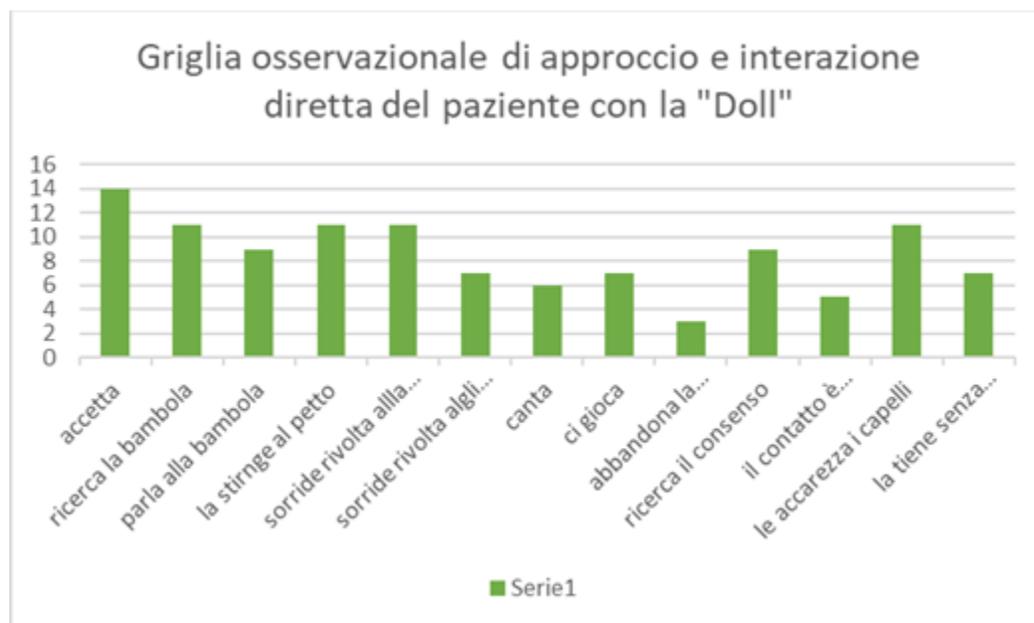
Elaborazione dati griglia osservazionale di approccio e interazione diretta del paziente con la Doll Therapy

Ogni volta che la bambola veniva somministrata ad un soggetto campione, questo veniva osservato e le sue modalità di comportamento venivano riportate nella scheda osservazionale di approccio e interazione diretta del paziente con la “Doll”. Si riporta nel dettaglio la frequenza dei 13 comportamenti elencati nella scheda nell’arco dei 2 mesi per le schede compilate (n°15) nel periodo di osservazione.

1. *accettazione della bambola*: 14 soggetti su 15 hanno accettato la bambola (93,33%)
2. *interesse nel ricercare la bambola*: 11 soggetti hanno ricercato la bambola (73,33%)
3. *parlare con la bambola*: Questo si è verificato 10 volte su 15 soggetti (66,67)
4. *stringere al petto la bambola*: L’atteggiamento è stato rilevato in 11 soggetti su 15 (73,33%)
5. *sorridere rivolgendosi verso la bambola*: il comportamento è stato osservato in 11 soggetti su 15 (73,33)
6. *sorridere rivolgendosi verso gli altri*: il comportamento è stato osservato in 7 soggetti su 15 (46,67)
7. *cantare in presenza della bambola*: questo atteggiamento si è verificato in soli due soggetti (13,33%)
8. *giocare con la bambola*: Questo comportamento si è verificato in 8 soggetti su 15 (53,33)
9. *tendere all’abbandono della bambola*: Questo comportamento si è verificato in 3 soggetti su 15 (20%) (uno di essi ha chiesto di restituirla dopo 10 minuti)
10. *mostrare atteggiamenti di richiesta di consenso nei confronti della bambola*: Si manifestato questo comportamento in 9 soggetti su 15 (60%)
11. *tenere la bambola senza muoverla*: hanno manifestato tale comportamento 7 soggetti su 15 (46,67%)
12. *mantenere un contatto sfuggente con la bambola*: Il comportamento è stato osservato in 4 soggetti su 15

13. *accarezzare i capelli della bambola*: Tale comportamento è stato riscontrato in 10 soggetti su 15 (26,67%).

Tabella 1: report risultati degli item



Ogni scheda osservazionale ha spazio per l'inserimento di eventuali considerazioni finali da parte dell'operatore che ha somministrato la bambola, le considerazioni riportate sono state 9 su 15 schede osservazionali:

- paziente (iniziali) R.A, età 82 anni, sesso F: la paziente appare in un grave stato agitato, gli operatori sanitari in turno riscontrano resistenza e ostilità da parte della signora senza possibilità di interazione e comunicazione. Viene somministrata la bambola nel tentativo di risolvere la sua agitazione senza ricorrere alla terapia sedativa farmacologica; la signora accetta positivamente la Doll interagendo con essa e dicendole: "dove dovrai andare oggi con queste scarpe con il tacco?", oltre a parlare con la bambola, gioca con essa e le accarezza i capelli. Dopo alcuni minuti dalla somministrazione della Doll, la signora R.A appare più tranquilla e collaborante con gli operatori con i quali si è instaurato un canale comunicativo.

- Paziente (iniziali) B.S, età 94 sesso F: la signora si presenta irrequieta, è impossibile ogni tentativo comunicativo, tende ad auto rimuoversi l'agocanula. Alla consegna della Doll, la paziente accetta la bambola esclamando: "Mimi!! Ci sei anche tu?". Dopo alcuni minuti di interazione con la bambola, la paziente si presenta più tranquilla e collaborante rispetto al momento antecedente la somministrazione, non ha più tentato di rimuovere l'agocanula.
- Paziente (iniziali) R.E, età 90 anni, sesso F: la paziente si presenta smaniosa, spaventata dell'ambiente circostante che non riconosce come familiare, è ostile nei confronti del personale sanitario del quale non si fida e ne ha paura, durante la mattina ha mostrato diversi episodi di importante agitazione. Si decide di somministrare la Doll; dopo l'approccio con la bambola, la signora R.E si è mostrata più tranquilla e meno spaventata, la comunicazione e l'approccio con il personale sanitario è nettamente migliorato. Le è stata somministrata la Doll una seconda volta (dopo due ore di somministrazione la bambola va ritirata) durante la quale ci ha parlato e giocato più volte addormentandosi stringendola a se. Serena per ben due volte durante la mattinata grazie alla terapia con la bambola.
- Paziente (iniziali) R.E, età 90, sesso M: dopo circa 10 minuti dalla consegna della bambola chiede di restituirla, all'inizio è parso molto contento.
- Paziente (iniziali) G.G, età 87, sesso F: la paziente si presenta agitata tende a tirare il deflussore e a rimuoversi l'ago, al momento della consegna della Doll la paziente appare fin da subito contenta, molto più tranquilla e rilassata. Interagisce con gli operatori sanitari con i quali nel momento antecedente la consegna della bambola, era si presentava ostile e poco collaborante.
- Paziente (iniziali) B.S, età 87, sesso M: il paziente al ricovero e durante la successiva degenza si è sempre presentato in stato agitato e poco collaborante anche durante le notti nelle quali non ha mai riposato. Dopo la consegna della bambola che ha accettato ben volentieri, si è mostrato più tranquillo e si è addormentato stringendola a se.
- Paziente (iniziali) M.E, età 95, sesso F: stupore iniziale alle consegna della bambola, le accarezza le guance esclamando: "Pi-pi, ti compro qualcosa di nuovo". al distacco

della bambola al termine delle due ore dalla consegna si è agitata gridando “no, no!” poiché non voleva separarsene. Le è stata restituita la bambola poco dopo.

- Paziente (iniziali) A.B, età 82, sesso F: la bambola è stata consegnata alla signora in mattinata, fin da subito ha accettato la bambola giocandoci, parlandole e stringendola a se.
- Paziente (iniziali) C.F, età 75, sesso F: le è stata consegnata la bambola in mattinata dopo uno stato di agitazione. Dopo l’interazione con la Doll la signora ha mostrato fin da subito maggior tranquillità.

Capitolo 7

Discussione

Dallo studio svolto nell'unità operativa di breve osservazione del pronto soccorso di Fano si può dedurre che la TNF con la Doll Therapy sembra essere efficace nel ridurre il manifestarsi di alcuni sintomi comportamentali della demenza. Nei 15 soggetti esaminati solo 1 di essi non ha accettato la bambola mentre i restanti hanno mostrato l'effetto terapeutico di tale approccio. Riportando l'esempio della signora B.S, età 84 anni e della signora G.G, età 87 anni con comportamenti autolesionisti nel tentativo di rimuovere l'agocanula e tirando il deflussore dell'infusione, si può sottolineare la validità della somministrazione della TNF poiché dopo la consegna della bambola si sono entrambe mostrate più tranquille e collaboranti.

La signora R.A si presentava irrequieta e con atteggiamenti di ostilità nei confronti del personale sanitario con fallimento di ogni tentativo comunicativo. La somministrazione della Doll Therapy, oltre a tranquillizzare la signora creando un diversivo al suo stato di irrequietezza, ha fatto sì che si instaurasse un canale comunicativo con il personale sanitario in turno evitando anche la somministrazione della terapia sedativa farmacologica. La signora R.E di 90 anni, era una signora molto spaventata e smaniosa, non si lasciava avvicinare dal personale sanitario del quale non si fidava e ne era impaurita. L'ambiente circostante le era sconosciuto e questo suscitava in lei forte disagio con importante barriera comunicativa. Grazie alla consegna della bambola, quindi alla somministrazione della TNF, la signora R.E si è tranquillizzata e il rapporto con il personale sanitario è nettamente migliorato con attenuazione della sue paure. Le è stata consegnata la bambola per ben 2 volte tanto è stato importante e terapeutico tale approccio. In tale studio vi è stata l'opportunità di esaminare solo 2 soggetti di sesso maschile dei quali solo uno di essi (unico caso di non accettazione) non ha accettato la Doll, mentre l'altro soggetto ha accettato la bambola, anch'esso con buoni risultati terapeutici.

Conclusioni

Con questa tesi ho cercato di evidenziare le potenzialità delle Terapie non Farmacologiche nel ridurre i sintomi e i disturbi provocati dalla demenza in generale in alternativa alle terapie farmacologiche convenzionali. Nell'elaborato si è esplorato l'utilizzo della Doll therapy nel setting del pronto soccorso O.B.I di Fano, sede del mio ultimo tirocinio formativo universitario. La somministrazione della bambola e successivo rilevamento dei dati si è svolta avvalendosi di una scheda denominata "scheda osservazionale di approccio e interazione diretta del paziente con la Doll, da dove è stato, in generale, rilevato esito positivo. Grazie a questo esplorato si è visto che il paziente con demenza è meglio gestibile in un setting dove le attività sono spesso concitate e non sempre il personale è sufficiente per far fronte a tutti i bisogni assistenziali gravati, in questo caso, anche da un ricovero precario. È inoltre emerso che l'utilizzo di queste strumenti/terapie non farmacologiche alternative (T.N.F) supportano e aiutano in maniera significativa nella migliore gestione del paziente demente dove il setting appropriato non è il pronto soccorso ma a causa delle sue patologie correlate che riacutizzano, è obbligato ad accedere e permanere nel setting ospedaliero di emergenza. I rischi più elevati per i soggetti dementi ricoverati in tali reparti sono le cadute e il vagabondaggio con perdita di sorveglianza da parte degli operatori impegnati anche in emergenze rilevanti che causano non poco caos e importante stress per ogni infermiere. È quindi importante trovare una soluzione che possa arginare il gravoso impegno assistenziale che il paziente con demenza richiede in assenza del caregiver, senza ricorrere però in maniera abitudinaria alla terapia di sedazione farmacologica poiché questa ha spesso effetti collaterali che possono gravare sullo stato generale già minato del paziente anziano con decadimento cognitivo. Inoltre le convenzionali terapie di sedazione farmacologica possono potenzialmente condurre il medico a fare una erronea diagnosi a causa di uno o più sintomi camuffati o similmente presenti in altre patologie. Per ciò che concerne il rischio cadute sarebbe interessante approfondire e fare uno studio osservazionale di durata sicuramente maggiore con l'obiettivo di valutare se l'utilizzo della Doll therapy è efficace anche nel ridurre gli eventi caduta; per il rilevante limite di tempo a me a disposizione questo aspetto non si è potuto esplorare ma eventi come quello delle cadute sono situazioni critiche importanti le quali se arginate deporrebbero le basi per una migliore assistenza sanitaria.

Capitolo 8

Sitografia

ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica (2011). Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana. <https://www.istat.it/it/archivio/>
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=5029
<http://www.phttps://www.libroparlato.org/demenza/#:~:text=Definizione%20di%20demenza,normale%20decadimento%20dovuto%20all'et%C3%A0.sicoterapia-cognitiva.it/la-doll-therapynelledemenze-stare-bene-con-una-bambola/>
<https://www.libroparlato.org/demenza/#:~:text=Definizione%20di%20demenza,normale%20decadimento%20dovuto%20all'et%C3%A0.>
[https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2#:~:text=Negli%20ultimi%2050%20anni%201,le%20donne%20\(6\).](https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2#:~:text=Negli%20ultimi%2050%20anni%201,le%20donne%20(6).)
https://www.who.int/health-topics/dementia#tab=tab_1
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=4892&area=rapporti&menu=unite>
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=5692&area=saluteBambino&menu=azioni>
<https://www.aisla.it/piano-nazionale-della-cronicita-pnc/>
<https://www.stateofmind.it/2019/07/anziani-casa-di-riposo/>
<https://kofam.ch/it/portalesnctp/ricerca-di-sperimentazioni-cliniche/studio/39061>
<https://www.stateofmind.it/2016/04/terapia-della-bambola-demenza/>
<https://lagazzettaitaca.wordpress.com/2016/12/21/la-terapia-della-bambola-peraffrontarelademenza/>

Bibliografia

Abbott. A. (2011). Dementia: A problem for our age. Nature, 475, S2–S4 (14).

Braden, B. A. , Gaspar , P. M. (2015). Implementation of a baby doll therapy protocol for people with dementia: Innovative practice. Dementia, Sep; 14(5): 696-706.

Cilesi, I. (2007). Pazienti Alzheimer: Disturbi del comportamento e sperimentazioni. Assistenza anziani, Apr; 45-47.

Cilesi, I. (2009). Alleviare le tensioni: Come favorire lo star bene con una bambola. Assistenza anziani, Mag; 55-59.

Pezzati, R., Molteni, V. (2014). Can Doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia. *Psycho*, Apr 21; 5: 342.

Moyle W, Murfield J, Jones C, Beattie E, Draper B, Ownsworth T. Can lifelike baby dolls reduce symptoms of anxiety, agitation, or aggression for people with dementia in long-term care? Findings from a pilot randomised controlled trial. *Aging Ment Health*. 2019;23(10):1442-1450

Cantarella A, Borella E, Faggian S, Navuzzi A, De Beni R. Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(7):915-925

Ng QX, Ho CY, Koh SS, Tan WC, Chan HW. Doll therapy for dementia sufferers: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;26:42-46

Shin JH. Doll therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015;53(1):13-8

Agrawal A.K., Gowda M., Achary U., Gowda G.S., Harbishettar V. (2021), Approach to management of wandering in dementia: ethical and legal issue, *Indian J Psychol Med*, 43(5):53-59, doi: 10.1177/02537176211030979.

Ol'bois ® old fashion games & tools Giochi e strumenti terapeutici dedicati ad Anziani e Persone con Demenza

Deshmukh S.R., Holmes J., Cardno A. (2018), Art therapy for people with dementia, *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9):CD011073, doi: 10.1002/14651858.CD011073.pub2.

Alcune pubblicazioni sull'utilizzo della bambola nelle RSA

- Moore (2011) ha notato che l'uso della bambola portava ad una riduzione dell'agitazione, dell'aggressività e del vagabondaggio.
- James Et Al (2006) hanno fornito 30 giocattoli (15 bambole e 15 orsi) in una casa di cura. Con la scala Linkert, sono stati misurati i livelli di attività, agitazione e felicità. La maggior parte dei 14 residenti che hanno partecipato a questo studio in generale sembrava essere meno ansioso.
- Ellingford Et Al (2007) hanno ottenuto risultati simili su 66 residenti per un periodo di 6 mesi. Gli autori hanno riferito che in seguito all'introduzione della terapia con la bambola, i residenti hanno dimostrato miglioramenti significativi aumentando l'emissione di comportamenti positivi.
- Minshull (2009) nel suo studio utilizzava nuovi strumenti di misura e osserva un aumento del benessere, che si riflette in una ridotta agitazione, miglioramento dell'umore, aumento dell'appetito e una riduzione del vagabondaggio.

Ringraziamenti

Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso.

In primis, un ringraziamento speciale al mio relatore Cameruccio Moreno, per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse durante tutto il percorso di stesura dell'elaborato.

Ringrazio infinitamente la mia famiglia, i miei zii e Patrizia che mi hanno sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta del mio percorso di studi.

Grazie alle mie compagne, amiche di corso e di vita Giulia e Caterina che mi hanno sempre sostenuta ed incoraggiata ad ogni difficoltà, un grazie particolare a Giulia poiché senza di lei non avrei mai proseguito in questo percorso di studi.

Grazie a Laura, amica di vecchia data entrata nel mio cuore in un periodo delicato e difficile della mia vita, la sua presenza e appoggio è stato importante oggi come allora.

Grazie a Lucia, elemento indispensabile di questo mio percorso, che mia ha accompagnata e sostenuta ad ogni passo e ad ogni mia decisione, facendosi da cuscino ad ogni mia caduta e da forte supporto per permettermi di rimettermi in piedi.

Un grazie di cuore all'infermieri del Pronto soccorso di Fano che hanno reso la mia ultima esperienza di tirocinio indimenticabile facendomi innamorare di tale reparto, un grazie particolare lo devo Stefani Matteo e Luana Versienti, gli infermieri che hanno reso possibile questo progetto e che si sono resi disponibili aiutandomi nella raccolta dei dati.

Dedico la mia laurea a mia madre, una donna martoriata dalla vita ma incredibilmente forte che mi ha insegnato a vivere facendomi comprendere il significato della parola resilienza.

Infine, dedico questa tesi e tutto questo mio percorso a me stessa, ai miei sacrifici, alla mia tenacia e caparbietà che mi hanno permesso di arrivare fin qui.