UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE (DiSSaL)

COORDINATORE

Prof.ssa Loredana SASSO

TESI DI LAUREA

I BENEFICI DELLE TERAPIE NON FARMACOLOGICHE NEL SOGGETTO AFFETTO DA DEMENZA. L'ESPERIENZA DELLA TRENOTERAPIA NEL "CENTRO SOCIO SANITARIO SACRO CUORE" DI BRUGNATO

Studente

Angjela Perndrecaj

N. matricola 3932755

Relatore

Francesco FALLI

Correlatore

Ornella BORACCHIA

Anno Accademico 2016-2017

INDICE

Introduzione **1**

Abstract **3**

Come si svilupperà la ricerca **6**

Capitolo I: Teoria e concetti di riferimento **7**

1.1 - Revisione della letteratura 7

1.2 - Secolo XXI e demenza 7

1.3 - Impatto sociale ed economico 9

1.4 - Impatto sulle famiglie e sui caregivers 9

1.5 - Segni e sintomi della demenza 11

1.6 - Terapie non farmacologiche 12

1.6.1 - I diversi tipi di terapie non farmacologiche 17

1.6.2 - La Trenoterapia 24

1.6.3 - Indicazioni e linee guida Terapia del Viaggio 28

1.7 - Assistenza infermieristica al malato di demenza 32

Capitolo II: Presentazione del problema 36

2.1 - Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema 36

2.2 - Scopo e obiettivo dello studio 38

2.3 - Quesiti di ricerca 38

Capitolo III: Esperienza nel Centro Socio Sanitario "Sacro Cuore" 40

3.1 - Il centro socio-sanitario 'Sacro Cuore' 40

3.2 - Il nucleo protesico 42

3.3 - La Trenoterapia applicata a tre casi specifici 43

3.3.1 - Il caso del Sig. A.D. 44

3.3.2 - Il caso della Sig.ra F.M. 46

3.3.3 - Il caso della Sig.ra L.M. 48

3.3.4 - Risultati 50

Capitolo VI: Materiale e metodi della ricerca 54

4.1 - Criteri di selezione degli studi 54

4.2 - Strategia di ricerca per individuare gli studi 56

4.3 - Selezione degli studi 57

4.4 - Risultati 62

Capitolo V: Conclusioni 67

5.1 - Conclusioni 67

Bibliografia 76

Sitografia 78

Allegati 82

INTRODUZIONE

Lo scopo di questa tesi di laurea è comprendere meglio e selezionare i trattamenti assistenziali non farmacologici proposti dagli studi per intervenire sui disturbi comportamentali dei pazienti con demenze.

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche i nuovi casi di demenza fenomeno che, da qualche anno, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha introdotto tra le sue priorità. Le demenze possono manifestare sintomi comportamentali, i cosiddetti Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), tra cui wandering, agitazione psicomotoria, aggressività, irrequietezza, disturbi del sonno, ecc...

Ancora oggi, a causa della complessità delle motivazioni che determinano questi disturbi comportamentali, non esiste una soluzione ideale per trattarli.

Nell'elaborato della tesi verrà riportato un esempio concreto di come le terapie non farmacologiche vengano impiegate nella gestione dei disturbi comportamentali, in un secondo momento la visione si allargherà alla ricerca consultando le banche dati online con lo scopo di individuare, secondo queste evidenze scientifiche, vantaggi e svantaggi delle terapie non farmacologiche.

Pertanto, l'obiettivo prefissato è selezionare una rassegna delle conoscenze, aggiornate ad oggi, che suggeriscano la miglior modalità esistenziale e di trattamento dei sintomi.

ABSTRACT

Problema: le demenze costituiscono sempre di più un problema rilevante di sanità pubblica, rappresentando una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale ed hanno un considerevole impatto socio-sanitario. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, già da qualche anno ha introdotto le demenze tra le sue priorità.

Le diverse forme di alterazioni comportamentali causate dalle demenze (irrequietezza, aggressività fisica e verbale, manierismi, movimenti ripetitivi, alterazioni ciclo sonno-veglia e wandering) attualmente nel contesto clinico sono trattate prevalentemente mediante la contenzione chimica (somministrazione di terapia farmacologica) oppure, nei casi di reale pericolo, si procede alla contenzione fisica.

Viene quindi spontaneo chiedersi: esistono modalità assistenziali alternative per trattare in modo specifico il problema prendendosi cura della persona e migliorando la sua qualità di vita?

Obiettivo: confronto tra assistenza coadiuvata dalle terapie non farmacologiche offerta agli ospiti del Centro Socio Sanitario “Sacro Cuore” di Brugnato affetti da demenza in fase severa e le evidenze

più recenti della letteratura circa il trattamento non farmacologico dei disturbi comportamentali.

Metodo: descrizione dei casi incontrati nel “Centro Socio Sanitario Sacro Cuore”, analizzando le condizioni precedenti al trattamento non farmacologico e comparandole con i dati raccolti dopo 15 giorni di sedute; la mia attenzione si è focalizzata sugli effetti della trenoterapia sui disturbi dei pazienti. In seguito la ricerca prosegue consultando le banche dati online (Medline, EBN, Guideline, Pubmed).

Parole chiave: terapie non farmacologiche, stimolazione cognitiva, Rot o Reality Orientation Therapy, Doll Therapy, musicoterapia, contenzione farmacologica, contenzione fisica, effetti collaterali terapia farmacologica, effetti collaterali contenzione fisica, demenza, Alzheimer, BPSD e demenza, assistenza infermieristica e demenza.

Key Word: non-pharmacological treatments, cognitive stimulation, Rot o Reality Orientation Therapy, Doll Therapy, music therapy drug therapy, physical restraint, medication side effects, side effects

physical restraint, dementia, Alzheimer, BPSD and dementia, nursing and dementia.

COME SI SVILUPPERA' LA RICERCA

Il tema cardine della mia tesi sono le terapie non farmacologiche, in particolare la trenoterapia usata con persone affette da demenza.

Prima di parlare nello specifico di questo tipo di trattamento ho ritenuto indispensabile inserire nel primo capitolo un insieme di informazioni riguardanti la demenza, il suo impatto socio economico e nel contesto familiare e l'assistenza infermieristica specifica per il malato di demenza; illustrerò che cosa sono queste terapie non farmacologiche e in cosa consistono, ne definirò i diversi tipi esistenti per poi concentrarmi sulla trenoterapia spiegando il suo sviluppo e la sua applicazione sul campo.

Nel secondo capitolo espliciterò l'argomento della mia ricerca, definirò scopo e obiettivi del lavoro ed elencherò i quesiti a cui l'elaborato della tesi intende rispondere.

Proseguendo, nel terzo capitolo porterò un esempio di come vengono applicate le terapie non farmacologiche, in particolar modo la trenoterapia che ha catturato più delle altre il mio interesse.

Verranno riportati i risultati ottenuti da questo trattamento a cui sono stati sottoposti alcuni ospiti nel "nucleo protesico" del "Centro Socio Sanitario Sacro Cuore di Brugnato"

Ho inserito i casi di alcuni pazienti presenti nel nucleo, scelti perché tra loro contrastanti per il risultato ottenuto nell'applicazione della trenoterapia.

Nel quarto capitolo l'elaborato procederà con la consultazione di banche date online, ricercando fonti recenti che testimonino vantaggi e svantaggi delle terapie non farmacologiche. La mia tesi si chiuderà con i risultati e la discussione del lavoro.

Nelle conclusioni sono stati inseriti i punti di vista di diverse figure professionali che lavorano dentro al nucleo, per comprendere quali difficoltà affrontino nel loro lavoro e la loro opinione su questa nuovissima terapia.

CAPITOLO I

TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

1.1 - Revisione della letteratura

Con il termine demenza, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, si definisce "una sindrome causata da una malattia cerebrale, generalmente di natura progressiva e cronica in cui sono presenti deficit della memoria, dell'orientamento, del pensiero, della comprensione, dell'apprendimento, della parola e del giudizio;

la coscienza non è interessata.

La compromissione della funzione cognitiva accompagna anche un deterioramento del controllo emotivo e del comportamento sociale o comportamento motivazionale. È causata da una varietà di malattie o infortuni che colpiscono principalmente il cervello, come nel caso del morbo di Alzheimer o Ictus"[1]

1.2 - Secolo XXI e demenza

Se fino al XXI secolo scorso il termine demenza era usato come sinonimo di senilità, oggi la demenza è la "peste" del XXI secolo.

[1] *Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992*

Più volte si sono verificati incontri tra i ministri della sanità dei Paesi del G8 per affrontare il problema della demenza che, secondo gli esperti, è una bomba ad orologeria e infatti si prevede che i casi aumenteranno molto, visto l'invecchiamento della popolazione a livello mondiale.

La demenza rappresenta una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra gli anziani in tutto il mondo; non è un problema solo della persona affetta, ma anche dei loro assistiti e familiari. Inoltre, l'impatto della demenza sui caregiver, famiglia e società può essere fisica, psicologica, sociale ed economica. Il termine demenza raggruppa diverse forme: la malattia di Alzheimer è la forma più comune e può contribuire al 60 – 70 % dei casi; altre forme principali comprendono la demenza vascolare, demenza con corpi di Lewy e demenza fronto-temporale.

Secondo il World Alzheimer Report (2015), nel 2015 si contano nel mondo 46.8 milioni di persone che convivono con una forma di demenza. Questa cifra raddoppierà ogni 20 anni, raggiungendo 74.7 milioni di persone nel 2030 e 131.5 milioni nel 2050.

Tali stime risultano più alte del 12 – 13% rispetto a quelle pubblicate nel World Alzheimer Report del 2009[2]

[2] *World Alzheimer Report, 2016*

1.3 - Impatto sociale ed economico

Sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la demenza prevede notevoli implicazioni sociali ed economiche in termini di costi sanitari diretti (visite mediche, farmaci, esami di laboratorio, ospedalizzazioni e assistenza infermieristica domiciliare), costi sociali diretti (assistente sociale, servizio pasti e pulizie, trasporto e assistenza fornita dai familiari al di fuori dell'orario di lavoro) e le spese di assistenza informale (costi per assistenza informale privata prestata da badanti). I costi globali della demenza sono cresciuti da 604 miliardi di dollari nel 2010 a 818 miliardi di dollari nel 2015, registrando un aumento del 35.4%. I costi medici diretti rappresentano circa il 20% dei costi globali della demenza, mentre l'assistenza e i costi di assistenza informale (costi per assistenza informale privata prestata da badanti) rappresentano ciascuno il 40% del totale[3].

1.4 - Impatto sulle famiglie e sui caregivers

La maggior parte dei tipi di demenza peggiora progressivamente e non può essere curata, rientra tra le patologie croniche e non è schiacciante solo per la persona che ne è affetta ma anche per i familiari e i caregivers. Giornalmente, il caregiver dedica al malato di demenza in media 6 ore della propria giornata per le mansioni di

[3] *World Alzheimer Raport, 2016*

assistenza diretta (attività che vengono rivolte all'assistito ed alla sua cura come l'igiene personale, la preparazione e somministrazione dei pasti, la dispensazione dei farmaci e delle medicazioni, ecc.), mentre le ore dedicate alla sorveglianza (relative cioè al tempo trascorso con il paziente, durante il quale si svolgono contemporaneamente anche altre attività) sono mediamente pari a 7. Da quanto emerge dal rapporto della Fondazione Censis del 2007, sono circa il 45.7% dei caregiver che testimoniano i cambiamenti, decisamente rilevanti, sulla vita lavorativa. Il 33.9% sono stati costretti a modificare il loro impegno all'interno dello stesso posto di lavoro, il 32.1% ha avuto bisogno di rinegoziare una formula contrattuale che permettesse maggiori ore di libertà (part-time), il 16.1% ha smesso di lavorare in quanto la sua occupazione non era conciliabile con le mansioni assistenziali e il 3.6% ha perso l'occupazione. Solo una poca parte dei caregiver usufruiscono dei permessi lavorativi per l'assistenza a persone che si trovano in una situazione di grave handicap previsti dalla legge 104/92. Il 87.3% dei caregiver afferma di sentirsi stanco a causa dell'assistenza prestata al malato, il 53.6% indica di non dormire a sufficienza, il 43.1% sente di soffrire di depressione e il 31.9% segnala di aver subito modificazioni rilevanti del proprio peso.

Spesso, l'assistenza al malato di demenza induce il caregiver in una condizione di depressione: il 20% indica di aver preso farmaci a causa delle conseguenze provocate dall'assistenza. Si tratta di farmaci che servono a migliorare i problemi di natura psicologica: tra

i più assunti trovano posto gli antidepressivi (30.3%) e gli ansiolitici (28.9%). L'assistenza ai malati di demenza ha delle conseguenze molto importanti anche sulla qualità di vita complessiva dei caregiver: l'85% segnala che la propria vita sociale è stata in tutto o in parte compromessa e il 56.2% evidenzia come il lavoro di cura del malato abbia creato una situazione di tensione tra i diversi membri della famiglia.

1.5 - Segni e sintomi della demenza

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in un rapporto del 2015, stabilisce che i segni e i sintomi indotti dalla demenza si verificano in modo diverso a seconda dell'impatto che la malattia ha sulla persona e del grado della patologia stessa.

Possiamo avere la seguente classificazione:

- Fase iniziale

i sintomi caratteristici sono:

a) dimenticanza, perdita memoria a breve termine ;

b) perdita cognizione del tempo;

c) perdersi nei luoghi familiari;

d) difficoltà nell'eloquio.

- Fase intermedia

I segni e i sintomi progrediscono causando maggiori limitazioni:

a) dimenticanza di eventi recenti e nomi di persone;

b) comportamenti sociali inappropriati;

c) incapacità di comprensione;

d) disorientamento;

e) confusione mentale;

f) deficit nelle Adl;

g) cambiamenti di personalità.

- Fase avanzata

La persona diventa totalmente dipendente, i segni e i sintomi caratteristici sono:

a) inconsapevolezza spazio temporale;

b) calo significativo o completa perdita delle funzioni di base;

c) perdita della memoria a breve e a lungo termine;

d) aprassia (incapacità di eseguire movimenti coordinati e mirati, anche su richiesta).

1.6- Terapie non farmacologiche

Le demenze rappresentano, per i nostri tempi, una vera e propria emergenza sanitaria sia per la costante crescita epidemiologica, sia

perché a tutt'oggi non esiste ancora una terapia farmacologica in grado di trattare efficacemente questo tipo di malattie. Va evidenziato che in questo tipo di patologie, accanto ai sintomi cognitivi, sono quasi costantemente presenti disturbi comportamentali di vario genere che contribuiscono significativamente a rendere complessa la gestione del malato e del suo nucleo familiare.

È in questo contesto che si inseriscono le terapie non farmacologiche delle Demenze che consistono nell'impiego di tecniche utili a rallentare il declino cognitivo e funzionale, controllare i disturbi del comportamento e compensare le disabilità causate dalla malattia.

Il fine che guida questi tipi di intervento è il raggiungimento della migliore qualità di vita per il soggetto sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, compatibilmente con lo stadio di malattia in cui si trova.

Gli ambiti di intervento non riguardano, però, solo i deficit cognitivi ma anche le attività della vita quotidiana, i disturbi del comportamento, la socializzazione e il tono dell'umore.

Le TNF trovano, quindi, il loro impiego durante tutto il decorso della malattia. Considerato l’accento su modalità di relazione prevalentemente non-verbali e/o preverbali, tali terapie sono fortemente indicate per la prevenzione e la cura delle problematiche

e dei disturbi che insorgono in età avanzata collegate a demenze senili, Alzheimer, disturbi del comportamento, patologie psichiatriche ed altre, dove un intervento mirato favorisce quei processi terapeutici atti a riabilitare a livello cognitivo la persona e a migliorarne la qualità di vita. L'attenzione rivolta alla lettura dei parametri non-verbali dell'interazione, consente alle TNF la messa a fuoco di elementi correlati agli stati mentali più arcaici e ai relativi meccanismi di difesa; tutto ciò può costituire un punto di osservazione ulteriore, che si è spesso rivelato utile ad altre figure professionali, anche ai fini della formulazione diagnostica. Le TNF si caratterizzano, quindi, per l'approccio di natura multidisciplinare, con dinamica combinazione di diverse discipline tese a generare una effettiva ricaduta sulle potenzialità occupazionali e relazionali del paziente.

Allo stesso tempo le TNF, come dice la parola stessa, favoriscono sensibili diminuzioni del carico farmacologico che viene somministrato al paziente: il loro ruolo è, quindi, di supporto e non sostitutivo delle terapie farmacologiche.

In quest'ottica, percorsi terapeutici strutturati permettono sicuramente una regolazione e, in alcuni casi, un decremento delle terapie farmacologiche evidenziando un minore rischio per il paziente di sovradosaggio di farmaci che hanno importanti effetti collaterali, soprattutto sul paziente anziano. Si consideri poi che l'utilizzo dei farmaci neurolettici, usati per il controllo dei disturbi psico-comportamentali, non è autorizzato nei pazienti anziani affetti da

demenza; la loro eventuale prescrizione è quindi “off label”. In questo modo usciamo dalla classica logica farmacologica per addentrarci in un mondo fatto di relazioni, suoni, colori, spazi, emozioni, ricordi e sentimenti. Queste terapie sono metodologie innovative nel panorama italiano ma sono sempre più rafforzate da dati scientifici che ne sottolineano il valore e l’efficacia. In questi pazienti la memoria remota è ancora presente e i sensi non sono del tutto compromessi, lo scopo infatti è quello di contenere la disabilità del soggetto, potenziando le sue abilità residue, rallentando se possibile il corso della malattia arrivando così a migliorare la qualità della vita dello stesso.

Prima di orientare l’anziano nella scelta della terapia non farmacologica è fondamentale effettuare una valutazione per capire il tipo di demenza e quale sia il livello di complessità; bisogna inoltre indagare se vi sono disturbi del comportamento e se sono presenti altri tipi di malattie. Una volta verificate anche le condizioni sociali, familiari ed ambientali nel quale l’individuo è inserito, si potrà procedere con l’eventuale terapia non farmacologica, perché è indispensabile che si crei un rapporto di fiducia tra operatore, paziente e famiglia prima di attuare un simile intervento.

Il ruolo della famiglia non è da porre in secondo piano, è molto importante averla come “alleata” affinché si riesca ad attenere il risultato migliore. Infatti, nel caso in cui gli operatori decidano di inserire un anziano nel progetto della “Bambola Terapia” ci sono una

serie di comportamenti da rispettare e un insieme di gesti da valorizzare. Quando avviene la consegna fisica della bambola all'anziano, l'operatore gliela porgerà come se fosse un bambino vero e non una bambola, quindi tenendola delicatamente e porgendogliela con attenzione. Se in quel momento è presente un familiare che non considera valida questa terapia e danneggia il lavoro dell'operatore, deridendo di fronte all'anziano il fatto di considerare vera quella bambola, il malato ne uscirà confuso e non darà il valore giusto al gesto che l'operatore sta compiendo. Se invece il familiare asseconda le gesta del professionista, sottolineandone alcuni aspetti ("ma che bel bambino", "come si chiama?", "fai attenzione che è delicato") ecco che il lavoro di quest'ultimo acquisirà valore e il risultato che si otterrà sarà sicuramente migliore. È comunque importante prefissarsi degli obiettivi realmente e concretamente raggiungibili, essendo consapevoli che la malattia segue comunque un suo percorso graduale, di cui spesso non siamo in grado di scoprirne i tempi e le modalità. Bisogna lavorare per ostacolare il progredire di questa malattia e per alleggerire il più possibile il forte carico assistenziale che giornalmente viene richiesto.

Questo tipo di interventi che sconfinano dalla tradizione, non sono previsti dai piani sanitari regionali perché non si è ancora capaci di provarne l'efficacia concreta, sta di fatto che al giorno d'oggi, le

esperienze che offrono risultati positivi sono sempre più in Italia e all'estero[4].

1.6.1 - I diversi tipi di terapie non farmacologiche

Vi sono diversi tipi di terapie non farmacologiche, di seguito vengono riportate le più conosciute e nel paragrafo successivo un approfondimento sulla "Trenoterapia".

- **Pet-Therapy** (o terapia realizzata con la collaborazione di animali): è un tipo di terapia presente ormai da molti anni, che si basa sull'importanza terapeutica degli animali in particolare con persone affette da determinate patologie. Questo tipo di terapia ha come idea di fondo il fatto che la presenza di un animale possa migliorare la vita di un soggetto da un punto di vista psicologico. Essa infatti, integra e rafforza le terapie farmacologiche, diminuendo la depressione e la solitudine, fungendo da supporto morale e sociale e invogliando il paziente ad avere una cura maggiore di se e degli altri. Nello specifico delle persone con demenza, diversi studi dimostrano che la presenza di un cane, ovviamente addestrato e accompagnato dal proprio istruttore, possa influire positivamente sugli stati di aggressività e agitazione, contenendo e migliorando il comportamento dei malati.

[4] *Terapia non farmacologica. A.M.A.T.A. Associazione Malati Alzheimer e Telefono azzurro Umbria.*

Interessante sottolineare che ulteriori studi dimostrano che la presenza di un acquario all'interno della sala da pranzo, può contribuire a diminuire i disturbi comportamentali legati all'alimentazione, apportando benefici anche alle funzioni cognitive. La spiegazione si ritrova nel fatto che l'acquario (e gli animali in genere) in qualche modo stimola l'interazione verbale e non verbale tra animale e persona, evocando ricordi passati e permettendo al malato di orientarsi da un punto di vista temporale, stimolando i sensi visivi, olfattivi e tattili di quest'ultimo.

- **Sand Play Therapy** (o terapia della sabbia): questa terapia si basa sulla compresenza di tre elementi fondamentali, ovvero la sabbia, gli oggetti e il contenitore. Essendo la sabbia una sostanza particolarmente duttile e plasmabile, grazie al tatto riesce a stimolare in modo molto efficace la creatività dell'anziano malato, portando anche ad una maggiore attività a livello psichico.

- **Robot-Therapy** (terapia tramite Robot): è un tipo di terapia sviluppata a Tokio e già testata sia con bambini in presenza di diversi deficit cognitivi, sia con persone malate di demenza. Questo Robot viene rappresentato da un cucciolo di foca, ricoperto da una pelliccia soffice e dotato della possibilità di fare diversi movimenti ed emanare suoni tipici delle foche appena nate. Essendo uno strumento ad alta tecnologia

dotato di un insieme complesso di sensori, è capace di reagire in modi differenti agli stimoli ambientali, permettendo di sollecitare e di conservare alcune facoltà cognitive legate alle capacità di relazione e di comunicazione di persone con demenza.

- **Reality Orientation Therapy** (o terapia riorientativa nella realtà): fornisce al malato alcuni punti di riferimento spaziali, temporali e relazionali, consentendogli di appropriarsi nuovamente degli strumenti necessari per sviluppo di un rapporto equilibrato con sé stesso e con la realtà in cui è inserito.

- **Gruppi Remember** (o terapia della reminescenza): in questo caso lo strumento fondamentale per riuscire a ricreare un collegamento tra presente, passato e futuro, è il ricordo. Attraverso di esso sarà possibile interpretare meglio la realtà quotidiana, migliorando la qualità della vita.

- **Memory Training** (o riabilitazione della memoria): con questa terapia si cerca di indirizzare l'individuo ad associare in modo spontaneo il ricordo a particolari persone, animali o a specifici momenti del passato. Tale trattamento si fonda sull'idea che ogni informazione viene appresa con maggiore successo se collegata ad elementi emotivamente forti per la persona che li

ha vissuti. Le emozioni e le motivazioni rivestono infatti un ruolo primario nella memoria.

- **Validation Therapy** (o terapia che si fonda sull'accettazione della realtà nella quale il soggetto malato è convinto di vivere): si tratta di un tipo di terapia utilizzata con pazienti affetti da demenza, convinti di vivere in epoche precedenti rispetto alla propria vita. Consiste in una modalità di comunicazione basata sull'ascolto e sull'osservazione che cerca di capire in che realtà il soggetto crede di vivere per riuscire a creare con lui dei contatti importanti che gli permettano di sentirsi compreso. A differenza di quello che si potrebbe credere, non si tratta di cercare di convincere il malato che la sua idea è sbagliata, ma si cerca al contrario di "seguirlo" nel mondo che si è creato, cogliendo le sue emozioni. Essendo una tecnica molto particolare, tuttora le idee a riguardo sono discordi perché non si capisce se vi sia una concreta utilità.

- **Musicoterapia**: attraverso la musica si vuole valorizzare il "non verbale" delle emozioni per stimolare la comunicazione. Il canto di brani familiari e del passato possono rievocare momenti di vita trascorsi e il ricordo viene stimolato associando le canzoni all'esperienza personale. Con la musica si vuole inoltre rilassare il soggetto e alleggerirlo dallo stress. La musicoterapia può essere svolta a livello individuale, per ridurre alcuni disturbi comportamentali e per stimolare le

funzioni cognitive; può essere di tipo ambientale, per stimolare l'orientamento temporale dei pazienti (ad esempio quando scelgo di far ascoltare musica in determinati momenti della giornata, come al mattino, mezzogiorno e sera, per scandire lo scorrere del tempo durante il giorno); oppure si può parlare di musicoterpia recettiva, utilizzata con specifici pazienti, ad esempio per placare particolari stati di agitazione, e che consiste nel far ascoltare quotidianamente della musica tramite delle cuffie apposite.

- **La Stanza neurosensoriale**: consiste in una stanza all'interno della quale ci sono particolari luci e profumi, allestita con una poltrona e una coperta singolari che provengono dalla Svezia. Questo clima permette di coordinare e stimolare i sensi del paziente, sia per quanto riguarda l'aspetto terapeutico che di puro rilassamento fisico e mentale; in questo modo nel malato si sviluppa un senso di consapevolezza, si sollecita la memoria e si incentiva la percezione di sè.

- **Attività fisica**: è consolidato che gli anziani che possiedono una buona forma fisica tenendosi in movimento e avendo cura del proprio corpo, hanno prestazioni fisiche, motorie e cognitive migliori rispetto a chi ha una vita sedentaria.

- **Laboratori di oggettistica**: è importante impegnare i soggetti in semplici attività manuali, studiate appositamente per loro, in modo da ridurre gli stati d'ansia e migliorare l'autostima.

- **Orticoltura**: questo tipo di laboratorio prevede di affidare ad un paziente la cura di una o più piante, permettendogli di impegnare il proprio tempo ma anche, se fatto con cadenze stabili, migliora il senso d'orientamento.

- **Attività spirituali**: per chi è sempre stato abituato a partecipare alle funzioni religiose, riprendere queste abitudini può generare un maggiore senso di appartenenza sociale e può ridurre lo stress concentrando l'attenzione su qualcosa che li fa stare bene. È anche attraverso queste attività spirituali che si può rievocare il ricordo di momenti passati, aiutando l'orientamento nel tempo grazie alla cadenza con la quale ricorrono le festività religiose.

- **Gruppi intergenerazionali**: vengono creati degli spazi e dei momenti in cui anziani malati e giovani in buona salute possono incontrarsi e condividere alcuni momenti, in modo da migliorare la memoria dei primi, favorendo la socializzazione e il ricordo di episodi vissuti.

- **Doll-Therapy** (o terapia della bambola)**:** è un trattamento non farmacologico il cui impiego è stato introdotto già dagli anni novanta; È una pratica che si basa sui principi della teoria

dell'attaccamento e si è potuto osservare un notevole miglioramento delle condizioni e della qualità di vita degli assistiti dementi. I miglioramenti indotti dalla bambola terapeutica riguardano una riduzione dell'agitazione, aggressività fisica e verbale, riduzione del wandering; inoltre, si è potuto osservare anche un miglioramento nello stile alimentare e comunque di un generale e visibile aumento del benessere.

- **Trenoterapia** nel prossimo paragrafo viene illustrata questa terapia, spiegandone il significato, da dove nasce e che sviluppo ha avuto, ed esaminando i benefici che comporta.

Con queste terapie l'accento viene posto su modalità di relazione prevalentemente non verbali, e anche per questo motivo sono particolarmente adatte a curare disturbi legati alle demenze senili, all'Alzheimer, a patologie psichiatriche e a disturbi comportamentali. Si cerca infatti di riabilitare la persona a livello cognitivo e conseguentemente di migliorare la sua qualità di vita. Queste terapie permettono inoltre, una diminuzione del carico farmacologico del paziente in cura. Il saper ascoltare risulta essere la base di partenza delle terapie non farmacologiche e della relazione d'aiuto più in generale. Questo metodo di cura viene usato con malati di demenza e punta ad ottenere una diminuzione dei disturbi del comportamento, a mantenere alcune funzioni cognitive o semplicemente per calmare l'anziano in particolari stati di agitazione o di aggressività.

1.6.2 - La Trenoterapia

Abbiamo visto come negli ultimi anni vi siano sempre più richieste da parte dei servizi per l'utilizzo di terapie non farmacologiche, sia con scopi di prevenzione che di riabilitazione e terapia. Con queste terapie l'accento viene posto su modalità di relazione prevalentemente non verbali e anche per questo motivo sono particolarmente adatte a curare disturbi legati alle demenze senili, all'Alzheimer, a patologie psichiatriche e a disturbi comportamentali. Si cerca infatti di riabilitare la persona a livello cognitivo e conseguentemente di migliorare la sua qualità di vita. Queste terapie permettono inoltre, una diminuzione del carico farmacologico del paziente in cura. Il saper ascoltare risulta essere la base di partenza delle terapie non farmacologiche e della relazione d'aiuto più in generale.

Questo metodo di cura viene usato con malati di demenza e punta ad ottenere una diminuzione dei disturbi del comportamento, a mantenere alcune funzioni cognitive o semplicemente per calmare l'anziano in particolari stati di agitazione o aggressività.

La treno terapia rientra nella famiglia di queste terapie che cercano di limitare i disturbi più gravi del malato di demenza e i disturbi comportamentali.

La trenoterapia aiuta le persone che soffrono di demenza e Alzheimer a diminuire disturbi del comportamento come ansia,

agitazione e affaccendamento. Questo metodo offre loro la possibilità di avere delle intuizioni, non dei ricordi analitici ma dei ricordi di atmosfere, di situazioni, spesso positive come quelle dell'infanzia o i periodi prima della malattia, è questo un modo per ridare senso alla vita. Molte RSA si stanno attrezzando per svolgere questo tipo di trattamento. Ad esempio in una zona adiacente alla struttura socio-sanitaria Sacro Cuore di Brugnato è sorta questa ideale stazione del treno, dove esiste una sala d'aspetto con un cartello che indica la stazione di 'Brugnato Centrale', gli altoparlanti che annunciano la partenza del treno e le porte del convoglio che si aprono per accogliere i passeggeri.

Prima di entrare nel vagone, i pazienti possono soggiornare in una sala d'aspetto esterna curata nei minimi dettagli e con accorgimenti iconografici realistici, qui riceveranno i biglietti del treno che sta per partire. Poi, seduti sulle poltrone, gli ospiti possono riassaporare ricordi ed emozioni perdute, ritrovando pace e serenità mentre osservano il paesaggio e le stazioni intermedie che scorrono sotto il loro sguardo attraverso un finto finestrino adibito a schermo. Questo spazio diventa un contenitore di momenti relazionali e affettivi. Il viaggio diventa uno strumento terapeutico in grado di agire sui disturbi comportamentali del paziente affetto da demenza ma anche il mezzo per stimolare i rapporti, le relazioni, gli incontri e agevola la socialità tra paziente, operatore e familiari. La finalità della terapia del viaggio mira al benessere del paziente e influisce positivamente

sul comportamento, favorendo il rilassamento e il benessere dell'anziano. In una situazione di decadimento cognitivo inarrestabile è possibile stemperare alcuni disturbi comportamentali. Contemporaneamente, si mantiene e si alimenta la sfera affettiva ed emotiva poiché, l'anziano colpito da demenza, mantiene attivi i canali affettivi ed emozionali.

Gli obiettivi che ci si pone utilizzando questo tipo di terapia sono principalmente due: il rilassamento e la rievocazione. A livello relazionale si vuole stimolare il dialogo e le capacità relazionali, facilitare i processi emozionali, facilitare il rilassamento, stimolare la memoria a lungo termine e stimolare l'attenzione. A livello comportamentale si vuol agire sulla diminuzione degli stati di agitazione, diminuzione dei momenti di aggressività, diminuzione di disturbi comportamentali. Mi sembra fondamentale specificare inoltre che la "trenoterapia" non può essere applicata a tutti gli ospiti affetti da demenza indistintamente, ma viene fatta un'attenta valutazione dei casi e vengono così individuati i soggetti ritenuti idonei al progetto. Viene quindi fatto un quadro generale della situazione del paziente, individuando le fasce orarie in cui il disturbo è maggiormente frequente, per poi procedere con l'inserimento della terapia e con un'osservazione in nucleo per la durata di 15 giorni.

In questi 15 giorni le diverse figure professionali dovranno compilare una griglia di osservazione all'interno della quale si specificherà come il paziente reagisce al "viaggio".

La griglia di osservazione è la seguente:

LA FUNZIONE TERAPEUTICA DEL VIAGGIO

(scheda dei 15 gg.)

REPARTO:……..

PAZIENTE:……..

DATA:…….

ORA: .....

	SI	NO
GUARDA FUORI DAL FINESTRINO		
SI RILASSA:		
canta		
chiude gli occhi		
sorride		
SI ADDORMENTA		
PARLA:		
con l' operatore		
con il familiare		
con l'altro utente		
RICONOSCE IL TRAGITTO:		
come posto di lavoro		
come posto di vacanza		
come posto di studio		
altro		

LEGGE LE RIVISTE		
PIANGE		
URLA		
VUOLE USCIRE		

Trascorsi i 15 giorni il paziente verrà rivalutato.

1.6.3 - Indicazioni e linee guida Terapia del Viaggio

Rientra fra le terapie non farmacologiche ed è una terapia innovativa utile a gestire difficoltà comportamentali e stimolare l'area cognitiva di persone con demenza. L'approccio con la persona che viaggia è validante, validiamo la realtà che vive nel qui ed ora.

La terapia del viaggio è una terapia che intercetta la parte affettiva ed emotiva delle persone con demenza. Il treno è un contenitore affettivo dove sono centrali dinamiche relazionali e sociali che si attivano nel luogo dedicato.

Non è importante la partenza e la meta di arrivo ma è terapeutico il viaggio in cui la persona si rilassa, è stimolata, attiva ricordi, relazioni contatti; è un contenitore di benessere della persona ed è strumento utile per gli operatori di cura.

Il Viaggio: Accompagnare la persona in viaggio, condividere una esperienza senza condizionare in alcun modo le dinamiche percettive della persona/e che sono in viaggio.

Osservazione: Osservare per comprendere l'esperienza del viaggio che vive nel qui ed ora l'anziano. Comprendere significa condividere l'esperienza che deve essere sempre valutata ed attivata in sede di valutazione globale della persona con obiettivi specifici e raggiungibili (PAI). Condividere significa che il viaggio deve essere modulato in percorsi individuali o percorsi di gruppo il tutto valutato e monitorato dall'equipè di riferimento.

Terapia: Il viaggio è una terapia e come tutte le terapie va monitorata e si deve proporre non con modalità improvvisate ma al contrario si deve seguire una metodologia precisa con protocolli di applicazione e di valutazione con piani terapeutici individuali.

Biografia: Per la scelta del viaggio si può (non è fondamentale e obbligatorio) considerare la biografia e la storia della persona. Si può modulare il viaggio in base al desiderio e al vissuto della persona che viaggia.

L'Invito: Invitare una persona all'interno del percorso di viaggio significa proporre la terapia con le giuste modalità.

- Mai essere direttivi
- Non esplicitare la meta di arrivo

 Utilizzare frasi come, andiamo a fare un giro…. Le piacerebbe? Devo andare in treno Vuole venire con me? Mi accompagna? Ho due biglietti viene con me?

Durata del Viaggio: La durata è individuale e soggettiva e nell'andamento del percorso si potrà comprendere il tempo necessario utile per raggiungere l'obiettivo prefissato

Il Biglietto: Ha una duplice valenza

 Validare l'esperienza del viaggio

 E' la prima scheda di osservazione e di valutazione

Entrare in scompartimento:

 Si deve fare scegliere alla persona la posizione preferita

 L'operatore si posizionerà in modo corretto per attivare relazioni significative con le persone/pazienti in viaggio (di fronte, di fianco)

Partenza: Si deve partire sempre con il fermo immagine sulla finestra/video di una stazione di partenza

Durante il viaggio: Le dinamiche relazionali e di comunicazione devono essere modulate ed indirizzate in base alla situazione oggettiva del viaggio.

L'arrivo: Prima di arrivare a destinazione si prepara la persona al raggiungimento del termine del viaggio. Si stimola e si focalizza l'attenzione della persona sul treno che rallenta. Se la persona vuole

uscire prima dallo scompartimento non bisogna essere oppositivi. Se la richiesta non è motivata in modo importante si può tentare di mediare l'uscita dallo scompartimento quando il treno arriva alla stazione.

La famiglia: È importante e obbligatorio comunicare sempre alla famiglia l'intenzione di inserire il proprio caro in terapia del viaggio.

- Si può proporre ai familiari dopo la valutazione in equipè di accompagnare il proprio caro in viaggio;
- È fondamentale informare la famiglia sulla terapia e sulle modalità di validazione del viaggio;
- Il viaggio condiviso della persona e dei suoi cari diventa un viaggio nelle emozioni e ricordi;
- Il viaggio è terapia per la persona e diventa percorso di cura anche per i suoi familiari;
- Le parole chiave della terapia sono: Terapia, affettività, relazione, cura, vita sociale emozioni, ricordi, memorie.

1.7 Assistenza infermieristica al malato di demenza

Trattandosi di una malattia comportamentale, che incide alterando i normali schemi comportamentali del soggetto, si comprende che sia importante la qualità dell'assistenza da fornire ai dementi sia dagli operatori sanitari che dai familiari dello stesso. Sul piano delle necessità assistenziali è importante classificare il paziente, non tanto

in rapporto all'eziopatogenesi, quanto in base al livello di gravità del quadro clinico. Il demente di grado lieve avrà necessità fondamentalmente di supervisione e di una costante stimolazione sul piano psichico; quello di grado medio presenta una grave compromissione psicofisica da rendere necessaria un'assistenza totale e costante. Essendo i dementi spesso giudicati non meritevoli di alcun trattamento perché ritenuto inutile, frequentemente corrono il rischio di essere abbandonati a sé stessi, quando in realtà si può rallentare il processo di decadimento ed esaltare le capacità residue abbattendo la sovrastima delle disabilità e magari ottenere una stabilizzazione del quadro clinico. Per ottenere gli scopi prefissati bisognerà che il demente porti a compimento un'azione, frammentandogliela in più atti elementari; seguendolo nelle varie successioni temporali e suggerendogli delle strategie durante lo svolgimento dei compiti: è questa la regola della scomposizione dei pattern, che andrebbe sempre adottata perché essa consente performance altrimenti non possibili. E' difficile quantificare il grado di disabilità tuttavia la valutazione dello stesso rappresenta una fase propedeutica del processo di nursing richiedendo un'attenta osservazione clinica del paziente. Spesso la sovrastima delle disabilità porta ad una sottoutilizzazione delle risorse individuali residue con una accentuazione delle disautonomie . Un'attenta osservazione spesso rivela un paziente ancora in grado di svolgere talune funzioni che si considerano perse (abbigliamento, cammino,

igiene personale, alimentazione). La riduzione delle capacità intellettive del demente suggerisce la semplificazione della realtà con la quale egli interagisce, assicurandogli costanza di ambienti: gli spazi devono essere sempre uguali, con ogni oggetto sempre al medesimo posto. Inoltre la scansione dei tempi e degli eventi della giornata, come i pasti, l'alzata e l'andata a letto, devono avvenire sempre alla medesima ora e con un rituale costante, nell'intento di creare il massimo della routine. Per lo stesso motivo, nei limiti del possibile, è necessario ridurre al massimo il turnover degli infermieri, giacché più è grave la malattia, maggiore è lo sforzo per acquisire consuetudine e familiarità con le persone. L'ambiente deve essere essenziale e confortevole e scevro il più possibile di prodotti di varia natura o mobili, potenzialmente pericolosi per l'incolumità di un paziente spesso distratto, confuso, smemorato. Le stesse misure di sicurezza vanno adottate pensando ai farmaci che vanno tenuti non alla portata del paziente, così i prodotti chimici utilizzati per la pulizia degli ambienti. Una particolare forma di attenzione deve essere prestata all'alimentazione del demente. Spesso il paziente si alimenta in eccesso o in difetto, mangia cose che non deve mangiare (es. diabetico), mentre ciò che gli servirebbe lo esclude, fino ad arrivare in qualche caso al rifiuto totale del cibo, in questo caso un'opera di convincimento potrebbe essere messa in atto con la somministrazione di cibo a lui particolarmente gradito.

L’apatia spesso caratterizza questa tipologia di pazienti, pertanto invitarli, stimolarli ad un minimo di attività fisica potrebbe essere un buono stimolo motivazionale (assieme all’esecuzione di piccoli lavori manuali, ascolto della musica,ecc) e si è osservato che i pazienti che fanno regolarmente ‘sport’ sono più calmi, maggiormente ben disposti all’assistenza medico-infermieristica. Infine, è risaputo che determinate condizioni patologiche spesso fanno perdere il desiderio di lavarsi e di vestirsi adeguatamente, ciononostante è importantissimo incoraggiare costantemente la persona demente ad avere cura di sé e a vestirsi bene. Lodi ed incoraggiamenti possono incrementare, incentivare la residua voglia di eseguire queste semplici azioni di vita quotidiana.

Si delinea pertanto la necessità di operare scelte terapeutiche non soltanto farmacologiche, volte ad apportare modifiche positive nel vissuto quotidiano del soggetto anziano, soprattutto se demente. Si legittima l’importanza dei fattori socio-ambientali nel rallentare il declino cerebrale o, al contrario, nel favorirne un’accertata evoluzione in senso patologico. Soltanto l’approccio terapeutico multi professionale può sperare di contrastare in modo efficace la malattia in discussione.

CAPITOLO II

PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

2.1 – Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Con il termine demenza si intende una sindrome causata da una malattia cerebrale, generalmente di natura progressiva e cronica, in cui sono presenti deficit della memoria, dell'orientamento, del pensiero, della comprensione, dell'apprendimento, della parola, etc.[5]

Le demenze costituiscono sempre di più un problema rilevante di sanità pubblica, tali patologie rappresentano infatti una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale ed hanno un considerevole impatto socio – sanitario. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, già da qualche anno ha inserito i disturbi neurologici tra le sue priorità. Il maggior fattore di rischio per l'insorgenza delle demenze è l'età; la popolazione anziana è in continua crescita nel mondo ed in Italia e la speranza di vita è aumentata. I dati epidemiologici internazionali prevedono, nel 2030, un aumento di casi di persone con demenza di oltre 74,7 milioni nel mondo che potrebbero raggiungere nei successivi venti anni una cifra superiore agli 131,5 milioni di persone[6].

---

[5] *Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992*

[6] *World Alzheimer Report, 2016*

Spesso, oltre ai sintomi cognitivi compaiono anche alterazione della personalità, del contenuto del pensiero, dell'umore e del comportamento che, spesso, rendono complessa e difficile la gestione dei malati di demenza da parte di chi si prende cura di loro[7]
.

Fino a qualche anno fa l'approccio riabilitativo alla demenza aveva basi teoriche molo povere e venivano utilizzate tecniche di stimolazione globale (sulla scorta della teoria del 'use it or lose it',certamente significativa nell'invecchiamento normale, ma lontano dalla realtà della demenza), o interventi di tipo semplicemente sostitutivo.

Con gli anni sono state messe appunto terapie che coinvolgono attivamente la persona curata e si fondano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue su cui fondare l'intervento. Rispetto alle terapie farmacologiche questi programmi richiedono un maggior impegno, continuità, un'alta partecipazione di tutti i componenti dello staff nel pianificare, programmare ed applicare i vari interventi. In questo senso, in letteratura ci sono diversi studi riguardanti la Art Therapy, Rot e la Doll Therapy condotti per individuare quali siano le modalità più efficaci nel trattamento, o miglioramento, dei disturbi comportamentali nell'assistito demente, in

[7] *IPA Consensus Conference, 1996*

alternativa all'attuazione della contenzione fisica (letto, sedia, utilizzo di dispositivi polsini, cavigliere) e/o quella farmacologica (somministrazione di antipsicotici e benzodiazepine).

2.2 Scopo e obiettivi del lavoro

Questo lavoro di tesi ha come obiettivo quello di ricercare, valutare e dimostrare l'efficacia o meno delle terapie non farmacologiche rispetto alla contenzione fisica e alle terapie farmacologiche, per il miglioramento e il trattamento dei disturbi comportamentali. Inoltre si andrà ad analizzare l'impiego di terapie non farmacologiche (in particolare della trenoterapia) nel centro socio-sanitario 'Sacro Cuore' di Brugnato. Come ultimo step si andrà a ricercare tra le evidenze delle banche dati online, studi che dimostrino l'efficacia di queste tecniche.

2.3 Quesiti di ricerca

L'elaborato di tesi, in merito allo scopo/obiettivi sopraccitati, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- l'utilizzo di tecniche non farmacologiche sono strumenti efficaci rispetto alla contenzione farmacologica e fisica?

- quali sono gli effetti collaterali delle terapie non farmacologiche rispetto agli effetti collaterali prodotti dalla contenzione fisica e chimica?

- vi è una reale aderenza ai trattamenti non farmacologici da parte del paziente?

- aumenta la qualità di vita dei pazienti, dei familiari ed in particolare del caregiver?

- quali sono i trattamenti non farmacologici maggiormente accettati dai pazienti e i reali benefici in termini di miglioramento della qualità di vita?

CAPITOLO III

L’ ESPERIENZA NEL CENTRO SOCIO-SANITARIO ‘SACRO CUORE’

3.1 Il centro socio sanitario ‘Sacro Cuore’

A Brugnato, cittadina della Val Di Vara in provincia di La Spezia, si trova il Centro Socio-Sanitario “Sacro Cuore”.

Struttura molto conosciuta sia per la sua posizione estremamente piacevole che per l’eleganza che la caratterizza ma soprattutto per la qualità e varietà dei servizi offerti.

Il centro è suddiviso in:

- Residenza psicogeriatrica e modulo RSA Protesica “Antonio Pagani”;
- Residenza sanitaria assistita di mantenimento “Alfredo Di Carpio”;
- Presidio Riabilitativo Disabili “Vittorio Gasparro”.

La mia esperienza si è svolta esclusivamente nella Residenza psicogeriatrica che ha una capacità di 53 persone, accoglie prevalentemente ospiti non autosufficienti con patologie psichiatriche cronicizzate o pazienti con demenze gravi, garantendo un intervento

professionale che risponda a quei bisogni che non sono più gestibili a domicilio.

Si tratta di un mantenimento a ciclo unico continuativo nel corso del quale il pazinte è aiutato a mantenere il miglior livello di vita possibile sul piano funzionale, sociale ed emozionale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative; a tal proposito il centro è aggiornato alle migliori tecniche e attività attualmente in essere (metodo Gentlecare, Pet Therapy, Doll Therapy, etc...).

Al suo interno sono presenti un giardino attrezzato per gli anziani, un'ampia sala da pranzo, due spazi comuni, il laboratorio dei ricordi, il cinema, la palestra e il modulo protesico.

Il Centro "Sacro Cuore" ha come obiettivo considerare l'ospite nella sua globalità per raggiungere il suo benessere generale, attraverso una stretta collaborazione tra le figure professionali che lavorano al suo interno. Queste ultime (medici, infermieri, fisioterapisti, psicologa, educatrice e terapista occupazionale) discutono, programmano e coordinano periodicamente le diverse attività tramite un lavoro di gruppo multiprofessionale e multidimensionale, creando per ogni ospite un Piano Riabilitativo Individualizzato.

3.2 Il nucleo protesico

Il Centro ha provveduto alla creazione di un nucleo specialistico. Questo nucleo è inteso come uno spazio fisico appositamente strutturato come “ambiente protesico” per le persone affette dal morbo di Alzheimer e da altre forme di demenza (senile, cardiovascolare, ecc.) ed è dotato di spazi e percorsi adeguati ai comportamenti particolari che la patologia determina.

Accanto alla sala soggiorno si trova uno spazio coperto chiamato “giardino di Alzheimer”, strutturato con percorsi protetti, onde consentire la libera mobilità degli ospiti e l’attivazione delle abilità residue.

Gli spazi sono arredati cercando di seguire uno stile familiare e dispone di una sala da pranzo, due sale comuni, dove vengono svolte le varie attività, un’area esterna costituita da un giardino, un orto e un’ideale stazione del treno dove viene svolta la “trenoterapia”.

A differenza degli altri piani, nel Nucleo Protesico, è stata data particolare attenzione all’arredo che richiama fortemente quello presente nelle case di tutti (tavolo con tovaglia e vaso di fiori come centro tavola, credenza con foto e qualche oggetto casalingo, quadri, luminosità dell’ambiente, ecc.), questo per ricreare il più possibile un normale ambiente di vita e per mettere gli ospiti a propri agio. Infatti, quando si inizia a non ricordare, ci si ancora alle certezze vissute nel tempo passato e la casa, in particolare, è percepita come il luogo

protetto dove tutta la famiglia si ritrovava, quindi come il mondo degli affetti e delle stabilità.

I 12 ospiti di questo Nucleo sono continuamente stimolati da attività, volte al mantenimento delle residue capacità minate dalla demenza.

3.3 - La trenoterapia applicata a tre casi specifici

All'interno del Nucleo Protesico sono stati selezionati 9 pazienti su cui, è stato ipotizzato, la Terapia del Treno potesse avere effetti positivi. A questi pazienti sono state somministrare delle scale di valutazione per stabilire il grado di declino cognitivo.

Le scale sono: MMSE, SMMSE, ADL/IADL, SCALA DI TINETTI, SCALA DI CONLEY, NPI, EXTON SMITH.

Dopo la misurazione i pazienti sono stati sottoposti regolarmente a questa terapia e rivalutati alla fine del periodo.

3.3.1 – Il caso del Sig. A.D.

A.D.

17/04/1938

Patologia: Morbo di Alzheimer

Linguaggio: Eloquio frammentato

Situazione Cognitiva: Severo deterioramento cognitivo, capace di comprendere solo ordini semplici, buona memoria breve termine, deficit totale di quella a lungo termine, difficoltà nella rievocazione mnestica personale e generale, difficoltà nella comprensione e produzione del discorso

Mobilità: Deambulazione autonoma

Storia della vita: Separato, due figli, attività sportiva professionale come calciatore. I primi sintomi sono iniziati dopo un ricovero per intervento chirurgico (2013). In seguito il deterioramento cognitivo è andato peggiorando, interessando oltre alla funzione mnestica ed attentiva anche la capacità di giudizio critico e di logica, il patrimonio linguistico, l'orientamento spazio temporale e in generale le capacità elettive.

Disturbi comportamentali: episodi di disorganizzazione e disorientamento, tentativi di fuga, agitazione psicomotoria (specialmente serale), wandering ed isolamento.

Scale di valutazione:

	INGRESSO	DOPO 6 MESI	DOPO 12 MESI
MMSE	10/30	6/30	
SMMSE	24/30	17/30	
ADL	2/6	2/6	2/6
IADL	1/8	0/8	0/8
SCALA DI TINETTI	26/28	26/28	24/28
SCALA DI CONLEY	6	6	7
EXTON SMITH	19	15	14

Obiettivi: mantenimento delle capacità cognitive residue e delle ADL riduzione dei comportamenti disfunzionali, individuazione ed attrazione di interesse

Risorse: Ambiente protesico, materiali vari per la terapia occupazionale e di socializzazione.

Interventi: Terapia occupazionale, attività motoria di gruppo, laboratorio di pet therapy (1 volta a sett.), terapia del viaggio.

3.3.2 – Il caso del Sig.ra F.M.

F.M.

01/11/1934

Patologia: Deterioramento cognitivo (demenza senile)

Linguaggio: è in grado di sostenere dialoghi semplici

Situazione Cognitiva: Disorientamento spazio temporale, grave declino cognitivo, non effettua nessun tipo di ragionamento logico.

Mobilità: Deambulazione autonoma

Storia della vita: Vedova, un figlio e una figlia, ha vissuto per lungo tempo in un paesino molto piccolo in cui veniva spesso giudicata male dai compaesani per il suo carattere vivace. La paziente si presenta depressa e racconta spesso di questo disagio. Molto socievole, lega con gli altri ospiti.

Familiarità per Morbo di Alzheimer.

Disturbi comportamentali: Wandering, insonnia, agitazione psicomotoria, stato dell'umore depresso**.**

Scale di valutazione:

	INGRESSO	DOPO 6 MESI	DOPO 12 MESI
MMSE	10/30	6/30	
SMMSE	24/30	17/30	
ADL	2/6	2/6	2/6
IADL	1/8	0/8	0/8
SCALA DI TINETTI	26/28	26/28	24/28
SCALA DI CONLEY	6	6	7
EXTON SMITH	19	15	14

Obiettivi: mantenimento delle capacità cognitive residue e delle ADL riduzione dei comportamenti disfunzionali, individuazione ed attrazione di interesse

Risorse: Ambiente protesico, materiali vari per la terapia occupazionale e di socializzazione.

Interventi: Terapia occupazionale, attività motoria di gruppo, laboratorio di pet therapy (1 volta a sett.), terapia del viaggio.

3.3.3 – Il caso della Sig.ra L.M.

L.M.

01/05/1927

Patologia: Demenza Senile

Linguaggio: Eloquio fluido, adopera frasi non pertinenti al contesto

Situazione Cognitiva: Declino cognitivo grave

Mobilità: Deambulazione autonoma

Storia della vita: Sposata, vedova dal 2009, diploma di avviamento, casalinga, due figli, soffre di agorafobia da sempre, anche se riusciva a viaggiare in treno per raggiungere il marito che navigava

Disturbi Comportamentali: Agitazione psicomotoria, irrequietezza, disturbi del sonno, delirante, wandering

Scale di valutazione:

	INGRESSO	DOPO 6 MESI	DOPO 12 MESI
MMSE	13/30	2/30	
SMMSE	26/30	8/30	
ADL	1/6	1/6	1/6
IADL	0/8	0/8	
SCALA DI TINETTI	11/28	11/28	
SCALA DI CONLEY	8	8	
EXTON SMITH	10	10	

Obiettivi: Riduzione dei comportamenti disfunzionali, miglioramento/mantenimento stato dell'umore, mantenimento capacità cognitive e funzionali.

Risorse: Ambiente protesico e terapia occupazionale

Interventi: Attività d'interesse individuale e di gruppo, attività psicomotorie di gruppo.

Non è stato possibile inserirla nella trenoterapia in quanto questa rievocava in lei l'abbandono dei figli per seguire il lavoro del marito.

No pet-therapy per paura degli animali.

3.3.4 - Risultati

Sono stati selezionati 9 pazienti perchè ritenuti più idonei, di questi sono stati esclusi coloro che erano già inseriti in terapie non farmacologiche (doll therapy).

Ad una paziente il treno provocava un effetto contrario, il suo wandering e la sua agitazione erano aumentate. Un altro paziente invece riferiva "senso di soffocamento".

In definitiva sono stati selezionati 3 pazienti adatti alla terapia del viaggio.

I dati raccolti nei 15 giorni di sperimentazione sono sicuramente incorraggianti, 2 dei 3 pazienti hanno accettato posivamente lo spazio treno terapeutico. Sono stati trattati con efficacia alcuni disturbi comportamentali, pazienti che presentano un disturbo wandering hanno inizialmente accettato lo spazio contenitivo del treno e subito attivato delle pause sicuramente significative. I pazienti inseriti con wandering sono stati trattati positivamente

evidenziando pause del loro movimento afinalistico. E' interessante osservare che le persone inserite hanno evidenziato pause aiutate dalla dinamica attiva del viaggio che in questo caso è stato facilitante per rilassamento dei pazienti. Una riflessione interessante riguarda la dinamica attiva del viaggio e la percezione del paziente. Il viaggio virtuale diventa viaggio reale e in questa ottica la percezione del reale movimento del treno da parte del paziente diventa facilitante per la percezione dello spazio chiuso che in questo caso diventa momento di passaggio verso il fuori; verso una meta che spesso non è identificata e risulta percepita dal paziente nel qui ed ora (è sicuramente terapeutico il viaggio), dove la ritualità delle azioni che accompagnano il viaggio assumono un'importanza fondamentale. Altri disturbi trattati con efficacia sono stati sicuramente gli stati di agitazione, gli stati d'ansia, l'irritabilità, apatia e disturbi del sonno. A tutte le persone inserite è stato somministrato il MMSE per valutare la residua capacità cognitiva. A tutti è stato valutato un punteggio che varia da 6 a non somministrabile. In questa fase la rilevazione più importante e interessante non è la diminuzione dei BPSD evidenziata dei pazienti, anche se i primi dati sono senz'altro positivi anche in questa direzione, ma ancora più interessante e importante è il dato che riguarda l'accettazione dell'ambiente scompartimento treno, dato molto positivo che incoraggia a proseguire nel percorso di sperimentazione clinica e di attivazione di nuovi scenari teraputici di viaggio. Altro dato

interessante riguarda l'attivazione di dinamiche dialogiche, di ritualità collegate alle memorie del passato, reminescenze, stimoli collegati al mantenimento delle capacità attentive, momenti di rilassamento che i pazienti hanno evidenziato durante i primi test della sperimentazione. In particolare F.M. fin da subito ha accettato volentieri di salire sul treno, nei primi giorni si sentiva poco rilassata a salire sul treno, infatti presentava anche rigidità nella posizione, ma successivamente dalla terza seduta ha iniziato a riconoscere il vagone come ambiente familiare. Nella paziente viene provocata una sensazione di liberazione dal vissuto quotidiano, riesce ad essere se stessa. Questo ambiente la fa sentire a casa e riconosce nell'educatrice una compagna di viaggio e amica. Durante le sedute parla molto di più rispetto a quando si trova nel nucleo, racconta del suo vissuto, di come si sentisse giudicata dai compaesani per la sua modernità. Secondo protocollo è stata stabilita per questa paziente una durata delle sedute di 30 minuti. I risvolti sono nettamente positivi e con lei funzionano tutte le terapie non farmacologiche.

Per quanto riguarda A.D. il tempo stabilito è stato di 15 minuti, il paziente non è molto disponibile al dialogo ma riversa tutta la sua attenzione alle immagini che scorrono nello schermo.

Per una paziente invece la somministrazione della terapia del treno dopo il 5° giorno non è stata possibile poichè l'effetto che si veniva a creare era completamente opposto a quello per cui questa terapia è posta in essere; nel caso della Sig.ra L.M., infatti, salire sul treno

aumentava l’ansia della paziente. Questo fatto suscitò perplessità nell’equipè che dopo un’accurata ricerca arrivò ad una conclusione: la paziente era solita prendere il treno per raggiungere il marito che per lavoro era spesso lontano da casa, questo però la allontanava dal figlio. Ed era proprio questo abbandono del figlio che aumentava l’ansia e la preoccupazione nella paziente. È interessante come, nonostante i ricordi siano stati cancellati dalla malattia, rimangono le sensazioni e le emozioni provate nel passato.

CAPITOLO VI

MATERIALI E METODI DELLA RICERCA

4.1- Criteri di selezione degli studi

Disegni di studio

Per la realizzazione di questa revisione bibliografica non sono state poste restrizioni inerenti al disegno di studio. Si è proceduto ricercando tutti gli studi che comparassero i metodi di terapia farmacologica negli episodi comportamentali e i trattamenti non farmacologici. Inoltre, si è proceduto nel ricercare in letteratura, in maniera separata, gli studi riguardanti i trattamenti farmacologici e non farmacologici per gestire i disturbi comportamentali. Gli studi dichiarati inclusi in questa revisione, sono gli studi che maggiormente trattano delle terapie non farmacologiche e di come queste possono migliorare la qualità di vita del paziente.

Tipologia dei partecipanti

I partecipanti di questa revisione bibliografica sono persone dai 65 anni in su ai quali è stata diagnosticata una demenza. Non sono stati posti dei limiti alla ricerca per quanto attiene al tipo di demenza,

l’unico elemento fondamentale era la presenza di problemi comportamentali.

Tipologia di intervento

L’utilizzo dei trattamenti non farmacologici per trattare e migliorare i disturbi comportamentali.

Confronto

Si è voluto ricercare i vantaggi e gli svantaggi dell’utilizzo della terapia farmacologica (antipsicotici) e della contenzione fisica versus i trattamenti non farmacologici nel trattamento dei disturbi comportamentali.

Tipo di outcomes misurati

I risultati di comparazione che saranno presi in considerazione per l’analisi delle due tecniche saranno:

1. l’utilizzo di tecniche non farmacologiche sono strumenti efficaci rispetto alla contenzione chimica e fisica? Quali sono gli effetti collaterali delle terapie non farmacologiche rispetto agli effetti collaterali della contenzione fisica e chimica?

2. l'utilizzo di tecniche non farmacologiche migliorano e riducono il verificarsi dei disturbi comportamentali nel paziente demente?

3. vi è una reale aderenza ai trattamenti non farmacologici da parte del paziente?

4. è aumentata la qualità di vita dei pazienti, dei familiari ed in particolare del caregiver?

5. quali sono i trattamenti non farmacologici maggiormente accettati dai pazienti e i reali benefici in termini di miglioramento della qualità di vita?

4.2 – Strategia di ricerca per individuare gli studi

La strategia utilizzata per individuare gli studi è stata condotta consultando i seguenti database elettronici: MedLine, EBN Guideline, PubMed. Le banche dati utilizzate più volte, per la reperibilità, degli studi sono state PubMed, e MedLline. Le ricerche sono state eseguite attraverso l'utilizzo di termini liberi. L'utilizzo delle stringhe di ricerca, MeshTerms non hanno prodotto nessun risultato. Le parole liberamente utilizzate per la ricerca di articoli riguardanti le terapie non farmacologiche sono state le seguenti: non-pharmacological treatments, BPSD and dementia, doll therapy, Rot o Reality Orientation Therapy, quality of life, cognitive stimulation, music therapy, art therapy. Le parole libere utilizzate per la ricerca di

articoli riguardanti le terapie farmacologiche sono state le seguenti: BPSD and dementia, drug therapy, physical restraint, body restraint, medication side effects, side effects physical restraint. I filtri impostati, necessari per la ricerca degli articoli, riguardano l'età dei pazienti, questi dovevano avere un'età maggiore di 65 anni e come diagnosi un qualsiasi tipo di demenza o comunque un'importante declino cognitivo. Un altro filtro era la necessità di reperire gli articoli in free full text e il limite del tempo indicato dalla letteratura per il reperimento di articoli entro 10 anni precedenti la revisione. Non sono stati imposti dei limiti attinenti alla lingua, sono stati studiati ed analizzati articoli principalmente in lingua inglese.

4.3 – Selezione degli studi

Per la revisione bibliografica oggetto di questa tesi, è stato reperito molto materiale, in particolar modo sulla teoria delle demenze e dei sintomi comportamentali.

Dopo un'attenta valutazione e analisi degli articoli in free full text, 11 sono stati considerati in quanto rispondevano ai quesiti di ricerca. Dei n. 11 articoli inclusi nel lavoro di revisione, n. 4 sono stati gli studi che trattano in maniera chiara ed esplicita della contenzione farmacologica e fisica e n. 7 gli articoli che trattano le terapie non farmacologiche. Negli articoli selezionati, la popolazione oggetto d'indagine comprendeva soggetti di età superiore ai 65 anni che

erano stati diagnosticati con un qualsiasi tipo di demenza e che manifestavano il sintomi comportamentali. Inoltre, sono stati presi in considerazione soltanto i soggetti che venivano trattati nel contesto ospedaliero o nelle case di riposo.

Attinenti al disegno di studio sono stati trovati:

Autore, paese, anno di pubblicazione	**Campione**	**Disegno di studio**	**Setting**	**Risultati**
Stoppe, Brandt, Staedt, Germania, 2009	Prese in considerazione tutte le persone con qualsiasi tipo di demenza	Revisione della letteratura.	Ospedali, Case di Cura	Gli antipsicotici sono i farmaci più comunemente utilizzati nei problemi comportamenti degli assistiti dementi negli ospedali, nelle case di cura. Gli antipsicotici riescono a trattare/migliorare i sintomi comportamentali come l'agitazione fisica e verbale, ansia, allucinazioni, deliri. Mentre, i sintomi come il wandering, personalità antisociale, scarsa cura di sé sembrano non rispondere in seguito all'utilizzo di antipsicotici.
.Shin, Seoul, Corea del Sud 2015.	I residenti, nella Casa di Cura, con demenza e Alzheimer, con un moderato e grave deterioramento cognitivo, MMSE < 25 e soggiornanti per più di 3 mesi.	Studio osservazionale	Casa di Cura, Corea.	Da questo studio risultano i benefici dell'utilizzo della bambola terapeutica. I residenti della casa di cura manifestano in maniera statisticamente significante un miglioramento nei sintomi comportamentali (meno aggressività, wandering, comportamenti ossessivi).

Mackenzie, James, Morse et al.,Newcastleupon Tyne Gran Bretagna, 2006	14 partecipanti (12 donne e 2 mascchi)	Studio pilota	2 case Elderly Mentally III (EMI Homes)	Da questo studio risultano chiari i vantaggi dell'utilizzo della Doll Therapy. di questi 14 partecipanti, 5 presentavano il sintomo comportamentale del wandering. I benefici si sono potuto riscontrare in un miglioramento dell'interazione con lo staff e con i residenti della casa. Inoltre tutti erano diventati più felici e solo 4 erano meno agitati. Solo 1 ha portato un beneficio nel essere più calmi con il personale. Per la sfera dell'attività e vivacità, non ci sono stati miglioramenti.
Gardiner, Furois, Tansley et al., Rapid City – South Dakota, 2000	2 partecipanti. Paziente A (maschio, anni 67, sindrome di Weber e disturbo di personalità); Paziente B (maschio, 72 anni con il morbo di Alzheimer, sintomo comportamental e del wandering)	Studio pilota	Casa di Cura.	Preso in considerazione solo il paziente B, dallo studio risulta che durante l'intervento della musicoterapia il wandering era diminuito significativamente, una settimana dopo l'intervento musicale, il wandering era rimasto inferiore rispetto a prima. Durante la letture il vagare diminuisce ancora ma non in modo significativo. Dopo l'intervento di lettura il wandering era rimasto comunque ad un livello basso.
Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali et al., Maryland, USA 2013	89 partecipanti con un'età media di 85,6 anni	Studio osservazionale	6 case di cura	I risultati forniscono indicazioni iniziali per la scelta di interventi specifici per le persone affette da demenza e dimostrano anche una metodologia per aumentare la conoscenza attraverso un monitoraggio continuo della pratica.

Chen RC et al. Geriatr Gerontol Int. Taiwan 2014	104 partecipanti affetti da demenza	Studio di coorte	2 case di riposo	Nel complesso, 104 residenti sono stati iscritti e 92 di loro hanno completato lo studio. L'analisi multivariata ha dimostrato che l'intervento non farmacologico è stato associato ad un risultato favorevole nel punteggio complessivo NPI e nelle sottocategorie dell'allucinazione e agitazione.
Backhouse T, Killett A, Penhale B, Burns D, Gray R. Norwich, United Kingdom 2011	Case di cura registrate come specializzate nella cura di persone anziane e / o anziane con demenza all'interno di quattro contee dell'est dell'Inghilterra (n = 747).	Sondaggio	Case di cura	I questionari sono stati restituiti da 299 case di cura. La stragrande maggioranza (73%) riferiva di avere almeno un residente con una prescrizione antipsicotica nella loro casa. L'aggressività è stata più frequentemente segnalata, dal 37% delle case di cura, come un comportamento difficile da gestire. Sono stati riportati gli interventi non farmacologici nell'87% delle case di cura. Gli interventi più comunemente usati per gestire comportamenti difficili sono stati la reminiscenza (75%) e la terapia musicale (73%). I farmaci antipsicotici e una varietà di interventi non farmacologici sembrano essere usati contemporaneamente in molte case di cura.

Patton D. Dublin, Ireland, 2007	6 infermieri psicogeriatrici	Studio qualitativo descrittivo	Ospedali psichiatrici	Analizzando i dati è emerso, innanzitutto,che la ROT è spesso utilizzata dagli infermieri campionati per interagire con i pazienti. Può anche essere implementata come parte di altre terapie come quella occupazionale. Inoltre, i miglioramenti nei settori dell'orientamento e del comportamento possono essere possibili grazie

				all'utilizzo della ROT, anche se è necessaria una ricerca più contemporanea per la convalida. Infine, i partecipanti hanno parlato della necessità che gli infermieri psichiatrici che lavorano con persone più anziane diventino più consapevoli delle terapie non farmacologiche, tale consapevolezza può essere aumentata attraverso ricerca e approfondimento.
Testad I, Aasland AM, Aarsland D. Norway 2008	4 case di cura norvegesi	Studio randomizzato singolo cieco	Case di cura	Dopo essere stato attuato un intervento di training allo staff di 4 case di cura norvegesi, è risultato che l'utilizzo della contenzione fisica sia sceso del 54% nei gruppi trattati, anche se il livello di comportamento agitato è rimasto immutato o aumentato leggermente, il programma didattico ha portato ad una riduzione significativa dell'uso della ritenzione negli anziani con demenza. Questi risultati suggeriscono che i programmi educativi possono migliorare la qualità della cura delle persone affette da demenza.
Mamun, Lim, Singapore, 2005	I residenti, 390, di 3 case di riposo in Singapore, età superiore ai 65 anni.	Studio qualitativo	3 case di riposo, Singapore	Dei 390 residenti coinvolti nello studio, 91 (23.3%) sono stati contenuti fisicamente; di questi 91 pazienti è stata osservata un'incontinenza urinaria e fecale in 89 (97.8%), in 55 (60.4%) non sono state osservate cadute correlate, 31 (34.1%) aveva almeno una caduta e 5 (5.5%) hanno avuto delle fratture caduta correlate. 8 (8.8%) residenti, sono stati contenuti a causa dell'agitazione. I residenti con demenza erano 59 (64.8%).

Buskova, Busek, Nevsimalova, Praga, 2011.	1 donna ceca di 77 anni nella fase iniziale della demenza vascolare.	Case Report	Dipartimento del disturbo del sonno – Praga.	Il risultato principale di questo studio è stato quello di dimostrare la reale efficacia del utilizzo di gabapentin nel trattare l'agitazione notturna e il wandering notturno.

4.4 - Risultati

Dalla ricerca bibliografica è stato possibile reperire articoli e studi che erano ben distinti tra loro:

- articoli che analizzavano e descrivevano l'efficacia/inefficacia delle terapie non farmacologiche; sono stati trovati principalmente articoli inerenti alla Doll Therapy, musicoterapia e ROT;

- articoli che analizzavano e descrivevano l'efficacia/inefficacia della contenzione farmacologica (somministrazione di antipsicotici, benzodiazepine, anticonvulsivanti);

- articoli che analizzavano e descrivevano l'efficacia/inefficacia della contenzione fisica (letto, sedia, utilizzo di dispositivi come polsini e cavigliere).

L'obiettivo era quello di rintracciare in letteratura, possibilmente aggiornata, articoli e studi che confrontassero i trattamenti farmacologici, contenzione fisica con i trattamenti non farmacologici. Questo obiettivo non è stato raggiunto perché non sono stati trovati articoli che confrontassero direttamente le modalità di trattamento. A causa di ciò si è proceduto alla ricerca e all'analisi di queste tecniche

in maniera separata. Da un'attenta revisione della letteratura, risulta che vi è una debolezza metodologica degli studi che include il fatto che non esistono sufficienti lavori che confrontino la contenzione farmacologica (somministrazione di antipsicotici, benzodiazepine, anticonvulsivanti), la contenzione fisica (letto, sedia, utilizzo di dispositivi come polsini e cavigliere) con i trattamenti non farmacologici per il trattamento o miglioramento dei problemi comportamentali negli assistiti dementi. Le debolezze metodologiche degli studi sull'impiego della contenzione farmacologica come somministrazione di antipsicotici, benzodiazepine e contenzione fisica sono riassumibili nel fatto che vi siano pochi studi sia in generale sia in particolare sull'efficacia ed inefficacia del loro meccanismo d'azione sui disturbi comportamentali nei pazienti dementi.

Dallo studio di Stoppe, Brandt, Staedt, (2009) risulta che gli antipsicotici sono farmaci che hanno un buon effetto sui sintomi comportamentali come l'agitazione fisica e verbale, ansia, allucinazioni e deliri; mentre i sintomi come il wandering, personalità antisociale, scarsa cura di sé sembrano non rispondere in seguito all'utilizzo di antipsicotici. Nello studio qualitativo di Mamun, Lim (2005) si è cercato di valutare la prescrizione, l'utilizzo e le complicanze legate alla contenzione fisica.

Le debolezze metodologiche degli studi riguardanti i trattamenti non farmacologici sono riassumibili nel fatto che, in letteratura non ci

sono un numero sufficiente di studi riguardanti le diverse terapie non farmacologiche nel trattamento dei disturbi comportamentali, i trattamenti non farmacologici vengono applicati in maniera uguale a tutti i sintomi comportamentali senza fare una netta distinzione tra i diversi sintomi comportamentali, trattandoli tutti come una “cosa sola”. In questo lavoro di revisione, tra gli studi per le terapie non farmacologiche non vi è uniformità del campione in entrambi i gruppi di studio, trattamento farmacologico e trattamento non farmacologico. In tutti gli studi i campioni sono di diversa natura, si parte dal coinvolgimento di un partecipante per arrivare a un campione di centinaia di partecipanti, oltretutto gli studi sono stati effettuati in Stati diversi non facilmente confrontabili.

Non vi sono articoli che confrontino l’efficacia del trattamento farmacologico e del trattamento non farmacologico, tuttavia, in letteratura ci sono evidenze che sostengono che i disturbi comportamentali dovrebbero essere gestiti inizialmente con le terapie/trattamenti non farmacologici e solo quando queste non sono più efficaci, intervenire con la somministrazione di farmaci, come gli antipsicotici. Inerente alla terapia farmacologica, è stato preso in considerazione uno studio che sostiene che gli antipsicotici sono farmaci che possono essere impiegati nel trattare i sintomi comportamentali ma non hanno effetti positivi su wandering e personalità asociale (Stoppe, Brandt, Staedt, (2009). Gli studi trovati ed analizzati, inerenti alla contenzione fisica sono stati due. Lo studio

di Mamun, Lim (2005) che ci mostra che a tutt'oggi la contenzione fisica è una pratica molto utilizzata nelle case di riposo in Singapore e che una diagnosi di demenza rappresenta un fattore di rischio per l'adozione della contenzione fisica. In questo studio vengono descritti chiaramente gli svantaggi e le complicanze associate alla contenzione fisica dei pazienti con agitazione/iperattività motoria. Dallo studio di Testad I, Aasland AM, Aarsland D. (Norway 2008) emerge che la contenzione è ancora applicata ma se utilizzati i giusti interventi di training, questa potrebbe essere ridotta drasticamente, evitando i numerosi e rischiosi effetti collaterali che comporta. Infatti, l'uso della contenzione è responsabile di effetti avversi come cambiamenti del metabolismo basale, debolezza muscolare e motoria, lesioni da pressione, stress cardiaco, edemi degli arti inferiori.

Gli studi trovati rispetto ai trattamenti non farmacologici sono n. 7. Lo studio osservazionale di Shin (2015) sostiene i benefici della bambola terapia tra i residenti della casa di riposo, nonostante la visibile efficacia, alcuni operatori sanitari hanno riferito che ci sono stati dei familiari che hanno ritenuto immorale l'uso della bambola poiché non rispettava la dignità della persona trattandola come immatura. Mackenzie, James, Morse et al., (2006) nel loro studio pilota dimostrano che il personale di assistenza (46 persone in tutto) ha complessivamente un'impressione positiva sull'uso della bambola. Tutto il personale, tranne uno, ha ritenuto che vi erano

vantaggi nell'uso della bambola terapeutica. Sedici badanti (35%) hanno riferito che alcuni pazienti sono andati incontro ad alcuni problemi con le bambole (cercano di alimentare le bambole). Durante la fase di osservazione, nello studio pilota sulla musicoterapia di Gardiner, Furois, Tansley et al., (2000), il paziente ha dimostrato un elevato livello di agitazione. Durante l'intervento di musicoterapia l'agitazione era diminuita significativamente, dopo una settimana dall'intervento di musicoterapia l'ansia era rimasta ancora significativamente inferiore rispetto alla settimana di osservazione. Durante l'intervento di lettura l'agitazione si era ancora abbassata ma non in misura rilevante, una settimana dopo la lettura l'agitazione era rimasta ancora ad un livello basso. Da questo studio risulta evidente che sia gli interventi di musicoterapia sia di lettura sono efficaci nel migliorare l'agitazione. Nel sondaggio di Backhouse T, Killett A, et al. (2011) sono state prese in considerazione tutte le case di cura dell'Est dell'Inghilterra (n 747), i questionari sono stati riconsegnati da 299 case di cura ed emerge che la stragrande maggioranza di queste case accoglie almeno un paziente malato di demenza che assume antipsicotici per disturbi comportamentali. L'87% di queste case ha attuato interventi non farmacologici (i più comuni sono la reminiscenza e la musicoterapia). Ne risulta che i due tipi di terapia sono usati contemporaneamente in molte case.

CAPITOLO V

CONCLUSIONI

5.1 - Conclusioni

Da quanto emerso da questa revisione della letteratura, ad oggi la contenzione farmacologica e fisica rimangono gli interventi di prima scelta nel trattamento dei sintomi comportamentali e questo non perché vi è una reale efficacia, ma a causa della mancanza di studi ed evidenze scientifiche rispetto ai trattamenti non farmacologici. La letteratura, mostra chiaramente il fatto che non tutti i sintomi comportamentali della demenza possono essere trattati mediante l'uso dei farmaci, prevalentemente antipsicotici e benzodiazepine e che la contenzione fisica ha effetti altamente inabilitanti ed è controindicata nel trattamento dei sintomi. Quindi, in assenza di risposte terapeutiche risolutive diventa molto importante prendersi cura della persona malata per migliorarne la qualità di vita. Un miglioramento della qualità di vita o comunque un miglioramento dei sintomi si è potuto notare nell'uso della bambola terapeutica, durante gli interventi di musicoterapia e di interventi nei quali il soggetto era impegnato. Dagli studi, risulta evidente che i trattamenti non farmacologici, rispetto alla contenzione chimica e fisica, non producono effetti collaterali. I numerosi vantaggi ed i pochi svantaggi indicano che questi tipi di trattamenti potrebbero essere

maggiormente utilizzati nelle Unità Operative ospedaliere e nelle case di riposo. L'unico inconveniente è stato riscontrato nello studio di Mackenzie, James, Morse et al., del 2006; alcuni operatori sanitari hanno rilevato l'incertezza di alcuni parenti che ritenevano che l'uso della bambola terapeutica fosse umiliante ed infantilizzante per i propri familiari. Emerge, inoltre che le Unità Operative ospedaliere e le case di riposo devono dotarsi di Protocolli comuni che indichino con chiarezza le modalità con le quali i trattamenti non farmacologici devono essere applicati. Altro aspetto rilevante emerso dagli studi è relativo al fatto che sintomi come wandering e agitazione diminuiscano dal momento in cui il paziente è impegnato, in modo interessato, su una qualsivoglia attività attivando il meccanismo della concentrazione e distrazione da ciò che può produrre ipermotilità/iperattività.

Per quanto riguarda, invece, l'esperienza della Trenoterapia la mia tesi ha cercato di evidenziare e valorizzare l'importanza di questa come terapia non farmacologica negli anziani malati di demenza.

Parlare di demenza oggi significa parlare di una malattia che riduce la prestazioni cognitive a tal punto da alterare le capacità relazionali e le capacità di svolgere il proprio lavoro e curare i propri interessi.

La Trenoterapia, rientra in una delle terapie che escono dalla classica logica del farmaco, per valorizzare relazioni, sentimenti e

ricordi con lo scopo di stabilire un equilibrio psico-fisico e sociale dell'individuo.

All'interno del centro le diverse figure professionali hanno espresso la loro opinione riguardo all'argomento:

Infermiera

La Trenoterapia, come tutte le terapie non farmacologiche che vengono eseguite in questo centro, è somministrata al paziente come una vera e propria terapia, ad un orario ben preciso e seguendo il protocollo previsto. Purtroppo non è somministrata regolarmente e i risultati non sono ancora ben chiari. Gli effetti principali di quest'attività dovrebbero essere il controllo dei disturbi comportamentali e l'alleggerimento del carico farmacologico.

Psicologa

Come ha accolto la Trenoterapia?

Con un senso di curiosità. In Struttura stavamo già applicando terapie non farmacologiche e quando la nostra Terapista Occupazionale ci ha proposto questa terapia del viaggio, ho avuto qualche dubbio sulla fattibilità logistica di questa nella nostra Struttura. Questo problema è stato risolto in modo brillante dalla Direzione, che ha allestito una vera e propria Fermata del Treno nel Giardino Sensoriale, realizzando così una situazione unica in Italia.

Ha avuto dubbi e perplessità sull'aiuto che questa terapia avrebbe potuto dare ai pazienti selezionati?

Ho avuto alcune perplessità all'inizio, dovute maggiormente alla poca dimestichezza che le persone selezionate potessero avere con situazioni aventi a che fare con viaggi in treno, andando così incontro ad ulteriore disorientamento. Purtroppo ci sono stati episodi in cui il nuovo ambiente ha creato spavento a causa dell'ambiente del tutto nuovo, per questo motivo è stato essenziale selezionare con criterio gli ospiti che avrebbero potuto usufruire della terapia. I benefici, valutabili anche all'osservazione qualitativa, per le persone che hanno gradito le sedute, ci sono stati già in questo periodo di osservazione.

Ci sono stati risultati? Quali in particolare?

Sì, c'è stata in particolare un'implementazione del senso di benessere, valutata qualitativamente tramite osservazione diretta durante e subito dopo l'intervento, nel corso dei giorni successivi ad ogni "viaggio" e infine tramite la redazione di apposite scale di valutazione. Questo stato di benessere si manifesta con sorrisi, rilassamento psicocorporeo, diminuzione dei comportamenti di affaccendamento e wandering, incremento nell'interazione verbale con l'educatrice, il personale e gli ospiti, rievocazione mnestica affettiva, diminuzione dell'agitazione e riduzione di stati affettivi disforici.

Questa terapia potrebbe avere effetti “collaterali”?

Trovo difficile rispondere a questa domanda. Che cosa intende per effetti “collaterali”? E’ una terminologia che si usa prettamente in ambito farmacologico e questa è una terapia non farmacologica. Se si intende una possibilità di effetti negativi non saprei dire perché la sperimentazione è appena avviata e bisognerebbe tenere conto di molti altri fattori intervenienti concomitanti, quali potrebbero essere ad esempio altre terapie e attività in corso, caratteristiche personali di ogni ospite, situazioni ambientali complesse presenti, umane e strutturali ecc...

Qual è il suo giudizio complessivo su quest’attività?

Un’ottima terapia non farmacologica. Richiede maggiori applicazioni anche in long time, che possano permettere un’ulteriore validazione e lo sviluppo di metodi di rilevazione dei risultati maggiormente oggettivi. Penso in questo momento ad una rilevazione di parametri “scientifici”, ad esempio come l’aumento del livello di serotonina

Educatrice

Seguo diversi laboratori incentrati su progetti a base psico-educativa, in cui i pazienti sono sotto continua stimolazione modificata in base alla casistica. Il treno è stata l’attività che mi ha dato maggiori soddisfazioni perché sono stata fin da subito coinvolta, seguendo anche il corso apposito per questa terapia. Osservando tutti i giorni gli ospiti e conoscendo la loro situazione cognitiva, sento

di essere stata rilevante nella selezione di quelli più adatti ad intraprendere questo progetto. Il farmaco è sicuramente importantissimo perché riesce a controllare l'avanzare della malattia in tempi brevi, ma come ormai è dimostrato da anni produce effetti collaterali importanti per l'organismo. Le terapie non farmacologiche, sebbene agiscano in tempi molto più lunghi, danno soddisfazioni anche dal punto di vista emotivo e relazionale, infatti, dopo aver somministrato la dose di farmaco, l'interazione con il paziente è quasi inesistente, mentre in queste terapie sono certa che il paziente avrà un beneficio sia terapeutico che relazionale con il caregiver.

Intraprendere questi "viaggi" è stato emozionante perché, nonostante io abbia sempre preso il treno per i miei studi, mi sono accorta come si instauri un momento magico tra me e l'ospite. Riesco a seguirlo individualmente, senza bisogno di una grande stimolazione l'ospite si apre del tutto, questo è percepibile dall'attenzione verso il finestrino che ripone senza che gli venga detto di farlo. Posso dire di sentirmi una vera e propria compagna di viaggio di questi pazienti che in quel momento sono estranei alla confusione della routine quotidiana. Il vagone si trasforma in un lungo in cui parlare, confidarsi e rilassarsi perché è visto come gioco. La simulazione del viaggio diventa reale ed il tempo passa veramente velocemente.

Operatore socio-sanitario

premetto che sono tanti anni (25 anni) che lavoro in questo centro e ho visto la trasformazione che ha subito e le varie fasi. I primi anni che ho iniziato a lavorare, non esistevano queste forme di animazione e per cui gli ospiti venivano gestiti in modo diverso (contenzione farmacologica). Con il passare del tempo con le nuove terapie (doll therapy, Trenoterapia, pet therapy, ecc..) si vede che rispondono a questi stimoli, alcuni anche in modo evidente. La Trenoterapia secondo me è molto legata al vissuto della persona, si può prendere come esempio una paziente che da giovane era abituata a prende il treno e salire su questo vagone la rilassa completamente e la sprona al dialogo e al racconto di vicende appartenenti al suo passato. Direi quindi che i risultati sono soggettivi, ma in linea di massima ci sono e sono positivi. Dipende dalla giornata e dall'umore del paziente, ma a piccoli passi si notano differenze nel comportamento con la soddisfazione anche del personale.

Geriatra

Clinicamente sono diminuiti i disturbi comportamentali dei malati di demenza che risiedono nel nostro nucleo protesico. Non viene usata nessun tipo di contenzione fisica per questo tipo di patologie e stanno diminuendo anche i dosaggi dei tranquillanti somministrati. È importante sapere che i risultati di queste terapie potranno essere

verificati in tempi più lunghi, nonostante questa premessa posso affermare che i dati raccolti fino ad oggi sono incoraggianti.

Lo scopo principale di queste terapie è di ridurre i disturbi comportamentali dei soggetti affetti da demenza, come il wandering, l'affaccendamento e l'aggressività, di ridurre la quantità di farmaci e di mantenere alcune capacità residue.

Per usare questo tipo di terapie con anziani affetti da demenza, è fondamentale avere prima un quadro chiaro e preciso della situazione, capendo il tipo di demenza, il grado di complessità e studiando i disturbi comportamentali.

Per ottenere il migliore risultato, è fondamentale il ruolo svolto dalla famiglia, che, una volta conosciuta ed accettata la terapia per il proprio caro, si affiancherà e non ostacolerà il lavoro dei professionisti.

Non per tutti la somministrazione della terapia del Viaggio è la medesima, la reazione del malato, infatti, è strettamente legata al suo vissuto, che, nonostante sia stato cancellato dalla sua memoria, permane in modo evidente nel carattere dell'anziano.

Riassumendo brevemente i disturbi comportamentali per i quali viene usato il treno, essi possono essere: wandering, ansia, depressione, aggressività, agitazione, irritabilità. Essa inoltre può essere usata per

gestire le attività assistenziali particolarmente difficili, oltre che per ridurre il carico farmacologico.

Molta importanza viene data anche ai familiari, dato che, senza il loro consenso e senza una loro collaborazione, questa terapia non può essere attuata. I professionisti devono essere capaci di trasmettere ai familiari l'importanza che questa terapia può avere per i propri cari,

accogliendo i loro dubbi e le loro perplessità e, in un secondo momento, dimostrando loro gli effetti concreti ottenuti nell'anziano.

Concludendo, questa terapia, se ben gestita, oltre a portare risultati positivi per il paziente, permette all'operatore di uscire dalla routine del suo lavoro, dandogli l'opportunità di mettersi in gioco. Termino sostenendo che, grazie ad una maggiore sensibilità ed attenzione nei confronti degli anziani, la demenza senile può oggi essere affrontata con successo.

BIBLIOGRAFIA

1. *Ardito, R. B., Bani, M., Di Maggio, M., Molteni, V., Pezzati, R., Poletti, B., . . . Villa, I. (2014, Aprile). Can Doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emorional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia. Frontiers in psychology, 5, 1-9.*

2. *Arthur, B., Fernandez, R., Fleming, R., & Perrin, C. (2014). Effect of doll therapy in managing challenging behaviors in people with dementia: a systematic review. The JBI Dtabase of Systematic Reviews and Implementation Reports, 12(8), 330-363.*

3. *Azermai, M. (2015). Dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia: a general overview. Psychology research and behavior management, 8, 181-185.*

4. *Calvò-Perxas, L., Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Lopez-Pousa, S., Turrò-Garriga, O., & Vilalta-Franch, J. (2014). Three-year trajectories of caregiver burden in Alzheimer's disease. Journal of Alzheimer's Disease, 1-11.*

5. *Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. British Medical Journal, 116.*

6. *Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). Nanda International, Diagnosi Infermieristiche, definizioni e classificazione 2015-2017, 210. Casa editrice Ambrosiana.*

7. *Shin, J. H. (2015). Doll Therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 53(1), 1318.*

8. *Jones M.,Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer. Roma. Carocci editore. 2014*

SITOGRAFIA

9. *Rapporto Mondiale Alzheimer 2015. " L'impatto globale della Demenza. Un'analisi di prevalenza, incidenza, costi e dati di tendenza", Agosto 2015. Indirizzo web: http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015*

10. *Ipasvi. Federazione Nazionale Collegi Infermieri. http://www.ipasvi.it/*

11. *Ministero della Salute. http://www.salute.gov.it/*

12. *Demenza. Indirizzo web: http://psicologo-demenza.jimdo.com/cos-%C3%A8-la-demenza/*

13. *Le demenze in medicina generale indirizzo web: https://www.demenzemedicinagenerale.net/strumenti-diagnostici/test*

14. *PubMed indirizzo web: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed*

15. *Alzheimer Italia indirizzo web. http://www.alzheimer.it/*

16. *Rapporto Mondiale Alzheimer 2016: come migliorare l'assistenza sanitaria delle persone con demenza indirizzo web: http://www.alzheimer.it/comunicato_report2016.pdf*

17. *Morbo di Alzheimer: terapie non farmacologiche indirizzo web: http://www.korian.it/morbo-di-alzheimer-terapie-non-farmacologiche/*

18. *Terapie non farmacologiche nella demenza, tante le possibilità indirizzo web: https://www.infermieriattivi.it/tecniche-e-tecnologie/procedure-e-protocolli/2742-terapie-non-farmacologiche-nella-demenza-tante-le-possibilita.html*

19. *World Health Organization indirizzo web: http://www.who.int/en/*

20. *Il trattamento farmacologico indirizzo web http://www.alzheimer.it/trattamento_farmac.pdf*

21. *Contenzione fisica: un tratamento limite indirizzo web http://www.infermieriperlasalute.it/losaiche/contenzione-fisica-un-trattamento-limite-id413.htm*

22. *La contenzione tra costrizione e protezione. L'anziano pluripatologico indirizzo web: https://www.acsa-onlus.it/index.php?option=com_content&view=article&id=84:la-contenzione-tra-costrizione-e-protezione-lanziano-pluripatologico&catid=2:geriatria&Itemid=22*

23. *Che cos'è l'Alzheimer? Indirizzo web http://www.alz.org/it/cosa-e-la-demenza.asp*

24. *Demenza senile: sintomi, cause, cure, diagnosi e decorso. Indirizzo web: http://www.medicina360.com/demenza-senile.html*

25. *Valutazione delle demenze indirizzo web: http://www.sanraffaele.it/uploads/attachments/scheda-valutaz-multidim-adulti-anziani_20131016163800.pdf*

26. *Come valutare le funzioni esecutive: i test utilizzati indirizzo web:*

http://www.trainingcognitivo.it/come-valutare-le-funzioni-esecutive-i-test-utilizzati/

27. *www.alzheimer.it*

28. *www.alz.org*

29. *Censis indirizzo web:*

http://www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=121049

ALLEGATI

Trenoterapia:

2

BRUGNATO

con il contributo del
Museo Nazionale dei Trasporti
La Spezia

LA NAZIONE VENERDÌ 14 APRILE 2017 CRONACHE 11

VAL DI VARA

INNOVAZIONE E CREATIVITÀ

«IN POCHI MESI SIAMO RIUSCITI AD ALLESTIRE UNA STAZIONE IN MINIATURA, CON TANTO DI SALA D'ASPETTO CON OROLOGIO E MEGAFONO, E LA CARROZZA DI UN TRENO IN PARTENZA»

Alzheimer, viaggio su finte... rotaie A Brugnato nasce la treno-terapia

Ecco il percorso simulato volto a far riaffiorare memoria e ricordi

– BRUGNATO –

LA SALA d'aspetto con tanto di orologio a indicare la stazione di 'Brugnato centrale', gli sfoglarlini che testimoniano la partenza del treno, le porte delle scompartimento che si aprono e chiudono, il fischio. Ciao, sono volto parole, sentimento dei finestrini pieni fiorini, mesaggio, e il mare della Cinque terre. E ricordino. Un viaggio stimolato, ricordi, sensazioni, ricordi, sensazioni. I frammenti di memoria nuovi a ricomparlo da demenze e Alzheimer.

E' il progetto di 'Treno terapia' realizzato dal centro socioassistiato Sacro Cuore di Brugnato. Una terapia, quella del viaggio in treno simulato, che aiuta i pazienti affetti da demenze a rilassarsi e a ricordare. Idea del noto psicopedagogista Ivo Cilesi, e finalizzata a ridurre i disturbi del comportamento dell'umore nei pazienti con Alzheimer e a stimolare l'area cognitiva facendo il rammarpo dei ricordi. Primo centro in Liguria a dotarsi della infrastruttura per questo scopo – in Italia i centri che praticano la treno terapia sono soltanto 4 – il progetto prendeva ufficialmente il via il prossimo 29 aprile, con l'inaugurazione istituzionale. A facilitare l'allestimento dell'area, ricavata in un locale di proprietà della struttura socioassistiata, è arrivato l'aiuto del Museo nazionale dei Trasporti guidato da Pier Giorgio Gerdoli, che ha donato al Sacro Cuore di Brugnato la carrozza di gran parte dell'arredamento utilizzato nell'allestimento dello scompartimento, riprodotto fedelmente. Al posto dei finestrini, schermi da 55 pollici che proiettano immagini proprio con la stessa visuale del treno in movimento – immagini di paesaggi diversi. «Le immagini sono state realizzate da una telecamera posizionata davanti a un finestrino di una carrozza in movimento, proprio per essere il più realistiche possibile – spiega Romina Rebuzzo, direttore sanitario – Proiettiamo scenari che vengono proiettati. In pochi mesi siamo riusciti ad allestire una stazione in miniatura, con tanto di sala d'aspetto con orologio e megafono, e la carrozza di un treno in partenza. Il viaggio sicita a placare lo stato di agitazione del paziente e a stimolare la memoria, attraverso il viaggio in treno vogliamo aiutare i nostri ospiti a rievocare i propri ricordi».

NON SOLO. Il progetto sarà accompagnato anche da uno studio per certificare i miglioramenti cognitivi dei pazienti. La 'Treno terapy' sarà guidata da un'equipe del centro socioassistiato brugnatese, guidata dalla geriatra Rosanna Ciliento e dalla psicologa Elisabetta Sciuto. Il progetto prevede anche la consulenza del conduttore 'Campo dei vincitori' guidato da don Mario Pertica. «Il progetto – conclude – si inserisce all'interno del centro socioassistiato, che già da tempo mette in campo altre terapie, quella 'per therapy', la terapia della bambola e la musicoterapia».

Matteo Marcello

DIRETTORE Roberto Mascolo è il direttore della struttura socioassistiata brugnatese

Focus

Graffiti e murales Anche i ragazzi coinvolti nel progetto

UN PROGETTO che vedrà anche la partecipazione dei ragazzi del paese. Grazie alla collaborazione dell'amministrazione guidata da Corrado Fabiani, l'area nella stazione che ospiterà la nuova infrastruttura del progetto 'Treno therapy' sarà abbellita dai disegni e colpi di bombolette spray dei writers del paese. «Vogliamo – spiega – coinvolgere la fascia giovanile della popolazione, ma anche per rendere più 'vissuto' quanto allestito nel centro socioassistiato – spiega il sindaco – ci piacerebbe realizzare murales già prima dell'inaugurazione ufficiale».

BEVERINO

Paese in lutto Si è spenta Giovanna Ravecca

– BEVERINO –

E' STATA una lunga malattia a sedare sia i banchi del consiglio comunale. Un impegno, quello civico, che l'ha vista in prima linea negli anni '90 al fianco del sindaco Cesco Biagio del paese, dove con consigliere e assessore. Grande commozione, a Beverino, per la scomparsa di Giovanna Ravecca, 78anni, deceduta all'alba di ieri. La donna, vedova di Luigi Carletti, già sindaco di Beverino, mancato nel 1984, è la sorella di Franco, conosciuto setore della pallavolo e dei giovani. Fabbrizzola nella parrocchia di san Lorenzo martire a Padiverna, e impegnata da lungo data nell'Associazione Volontariato Beverino, che ha un punto di riferimento per la comunità di Padiverna. Ravecca lascia le figlie Barbara, Sara e Nadia Filso e il genero Mario Cosini, già Vicesindaco e attuale consigliere comunale. Funerali oggi alle 15 nella chiesa di San Lorenzo a Padiverna.

BRUGNATO

Treno-terapia per la demenza senile

Una vera stazione, avvisi sonori, il film di un viaggio per curare gli anziani

LAURA IVANI

UNA vera stazione, con biglietteria, linea gialla, vagoni e avvisi sonori. Dal finestrino poi, accomodati su sedili di treni d'epoca, è possibile osservare il passaggio scorrere. Nulla di strano se non ci trovassimo a Brugnato, dove la ferrovia non passa. Ieri pomeriggio è stato inaugurato il primo centro di "treno terapia" della Liguria, al centro socio sanitario Sacro Cuore di Brugnato. In questa stazione verosimile, allestita in una piccola struttura, verrà effettuata questa terapia non farmacologica che servirà, stimolando ricordi e sensazioni, a migliorare le condizioni di pazienti affetti da demenza senile e alzheimer.

Il viaggio può stimolare memorie, attenzione, tranquillità, appetito. Può arrivare anche a diminuire stati di agitazione tipici di queste patologie.

«Questo è un contenitore affettivo – spiega Ivo Cilesi psicopedagogista e inventore della terapia – dove entrano in gioco memorie affettive, ricordi, i viaggi fatti durante la vita. Abbiamo filmato viaggi veri, in varie situazione, che vengono proiettati su schermi messi al posto dei finestrini per rendere il tutto più verosimiles.

Centri simili sono già aperti a Bergamo e Biella, dove sono stati notati miglioramenti significativi per la qualità della vita dei pazienti. «Cerano persone che rifiutavano farmaci o cibo e che siamo riusciti a "convincere" – prosegue Cilesi – i progressi vengono monitorati costantemente attraverso il personale presente e le videocamere. Talvolta anche i familiari partecipano a questi viaggi: quello che cura è la relazione e il contesto ambientale».

«Il nostro nucleo alzheimer è di 10 ospiti, all'inizio proveremo con un gruppo piccolo – dice Romina Rebuzzo, direttore sanitario - per riuscire a monitorarli correttamente seguendo il loro protocollo. La treno terapia si affianca al giardino sensoriale e alla pet terapby che già utilizziamo con i malati di alzheimer». Gli allestimenti della stazione di Brugnato sono stati donati dai volontari del Museo Nazionale dei Trasporti della Spezia.

Il centro di treno-terapia inaugurato ieri a Brugnato

Non chiedermi di ricordare

Non cercare di farmi capire

Lasciami riposare, fammi sentire che sei con me

Baciami sulla guancia e tienimi la mano

Sono confuso oltre la tua immaginazione

sono triste, sofferente e perso

Tutto quello che so è che ho bisogno di te

stai con me a tutti i costi

Non perdere la pazienza con me

Non sgridarmi, non rimproverarmi

Non riesco a dirti perchè mi comporto così

Non posso essere diverso anche se ci provo

Ricorda che ho bisogno di te

Perche la parte migliore di me se ne è andata

Ti prego stammi vicino e amami

finchè anche la mia vita se ne andrà

Grazie.