

Edizione
2024



INTERVENTI PSICOSOCIALE E DEMENZA

Comprenderli, conoscerli, attuarli

RIEPILOGO

Prefazione	3
Note per i lettori	6
Benefici degli INF	8
Attività fisica adattata	10
Arti-terapie	18
• Focus sugli interventi a mediazione teatrale	26
Ortoterapia	30
Interventi assistiti con gli animali	38
Interventi basati sulla danza	46
• Focus sul tango terapeutico	54
Musicoterapia	58
• Focus su Music Care®	66
Riabilitazione cognitiva	70
Stimolazione multisensoriale	78
Terapia di reminescenza	88
Terapia di stimolazione cognitiva	98
I dispositivi digitali a servizio degli INF	106
– La realtà virtuale con l'uso dei visori	110
– La realtà aumentata	114
– Robot sociali animaleidi	118
• Focus su PARO	122
Sintesi	126

Pr. Grégory NINOT

Professore presso l'Università di Montpellier.

Vicedirettore Istituto di epidemiologia

e salute pubblica di Desbrest (Università di Montpellier – INSERM).

Presidente e fondatore della Non Pharmacological
Intervention Society (NPIS).

Eragionevole cercare di lenire con ogni mezzo a disposizione, le difficoltà di chi convive con la Malattia di Alzheimer. Cosa c'è di più ragionevole che cercare di trovare delle soluzioni per ritardare l'evoluzione della patologia e, magari, di guarirla? Questa speranza può portare, talvolta, ad utilizzare tecniche non utili alla salute, o addirittura nocive o frutto di ciarlataneria. Per le tecniche di prevenzione o cure non farmacologiche, in Francia è stato recentemente proposto un quadro di riferimento a carattere scientifico, che ora consente ai professionisti di poter distinguere ciò che è di valore da ciò che non lo è. È stato coordinato dalla Società scientifica di Interventi non farmacologici (NPIS).

Gli interventi non farmacologici (INF)

Dal 2011, le autorità scientifiche promuovono la ricerca sugli interventi non farmacologici (INF), tenendo conto dei loro destinatari e dei contesti d'utilizzo^[1-2]. La società scientifica NPIS ha creato un documento di consenso per la valutazione degli INF, così come accade da oltre 50 anni per i trattamenti farmacologici^[3-4]. Attualmente è stato approvato da 3 aziende sanitarie (autorità sanitarie francesi, paragonabili a sistema sanitario a livello regionale) e 27 società scientifiche francesi. È stato nominato «Modello NPI». Se questi interventi non possono essere esattamente valutati come i farmaci, date le loro caratteristiche, è comunque possibile un rigoroso processo di valutazione, d'attuazione delle *best practices* e di monitoraggio^[5]. Nell'ultimo decennio, infatti, la ricerca ha ritenuto sempre più importante rispondere a quesiti circa i meccanismi di azione, i benefici, i rischi e l'utilità dei trattamenti non farmacologici. Questo processo valutativo si basa sulle recenti scoperte nel campo delle neuroscienze, dell'epigenetica, dell'immunologia, dell'esposomica (impatto dei determinanti ambientali sulla salute umana) e dell'innovazione tecnologica. Questi progressi sono il frutto di politiche determinate e continuative, illustrate, ad esempio, nel rapporto della HAS, Alta Autorità di Salute^[1] (autorità pubblica indipendente a carattere scientifico)

■ ■ ■

sullo sviluppo delle prescrizioni di terapie non farmacologiche validate^[1], pubblicato nel 2011, ma anche nell' ultimo documento del 2011 a cura della AAS sulla diagnosi e sulla presa in carico della malattia di Alzheimer^[5] e altre demenze^[2], nel rapporto del 2018 di *Alzheimer International*, nella misura n.83 del «Piano Nazionale Francese delle Malattie Neurodegenerative» 2014-2019 e nel Piano Nazionale della Salute 2018-2022, che incoraggia «a testare l'efficacia degli INF».

Questo progresso non sarebbe probabilmente mai accaduto senza la forte mobilitazione delle associazioni dei malati, dei familiari, dei professionisti della salute e delle società scientifiche. La Fondazione Méderic Alzheimer ha svolto un ruolo chiave in questo percorso di evoluzione del pensiero.

Definizione degli Interventi non farmacologici

Un inquadramento scientifico permette di distinguere gli Interventi Non Farmacologici (INF) dalle raccomandazioni generali in termini di promozione della salute (ad esempio, campagne per la cessazione del fumo, per ridurre il consumo d'alcol, per promuovere una vita attiva...), dalle attività socioculturali (ad esempio attività artistiche, sociali, religiose, di intrattenimento) e dalle pratiche di cura non convenzionali (ad esempio tecniche esoteriche, medicina non tradizionale). Gli INF sono metodi di prevenzione e di cura fondati su dati di efficacia e verifiche della qualità^[3:5]. La NPIS^[2] definisce un INF come **«un protocollo di prevenzione o cura efficace, personalizzato, non invasivo, referenziato e esercitato da un professionista qualificato»**. Un INF può essere strutturato attorno ad una dominante psicosociale, fisica o nutrizionale. È volto a prevenire, curare o guarire un sintomo o una malattia specifica. È personalizzato ed integrato al percorso di salute e di vita del singolo. Si concretizza in un protocollo. Mobilita parallelamente altri meccanismi biopsicosociali. È stata oggetto di almeno uno studio scientifico pubblicato, condotto secondo un approccio metodologico riconosciuto che ne ha valutato rischi e benefici. Si basa su una triade che associa:

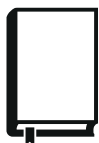
- un protocollo di intervento descritto dettagliatamente (nome, obiettivo, meccanismo d'azione, contenuto, durata, materiali, precauzioni);
- un contesto pertinente alla somministrazione;
- un operatore professionale formato che la attua.

Un INF, per essere definito tale, richiede l'esecuzione di uno studio pubblicato che abbia mostrato i benefici e ne abbia illustrato i rischi.

In altri termini, un INF specifico alla Malattia di Alzheimer, non è una disciplina (psicologia, fisioterapia, ergonomia, dietetica...), né un approccio (psicoterapico, corporeo...) né un prodotto (braccialetto podometro, integratore ginkgo biloba...). Si tratta di un programma finalizzato ad un obiettivo di salute, che combina ed associa diverse tecniche che possono essere proposte o prescritte in una specifica sequenza nel percorso di cura di una persona che convive con una malattia di Alzheimer. Ci si aspetta un beneficio sullo stato di salute, in linea con i risultati degli studi pubblicati. Naturalmente, la scelta del tipo di INF viene fatta insieme al partecipante e la sua attuazione deve rispondere a tutte le condizioni di sicurezza, alleanza terapeutica, etica professionale, tracciabilità delle azioni fatte

e aggiustamenti contestuali. Gli INF costituiscono un nuovo arsenale di soluzioni pertinenti e sicure per la salute delle persone con Alzheimer. La strutturazione normativa e finanziaria di questi interventi è in corso, in Francia, in seguito alla restituzione del modello NPI al Senato il 6 ottobre 2023^[7].

Questa guida vuole essere un contributo ulteriore a questa evoluzione del pensiero. Presenta i principali INF da proporre alle persone con Alzheimer, quali ad esempio l'attività fisica adattata, l'arteterapia, gli interventi assistiti con gli animali, gli interventi basati sulla danza, la musicoterapia, la riabilitazione cognitiva, la terapia della reminiscenza, la terapia di stimolazione cognitiva. Ringrazio gli autori dei capitoli e ringrazio la visione lungimirante della Fondazione Méderic Alzheimer.



Riferimenti

- [1] L'acronimo in francese è Haute Autorité de Santé. (2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. Paris : HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
- [2] Haute Autorité de Santé. (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. Paris : HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf
- [3] Ninot, G., Bernard, P.-L., Nogues, M., Roslyakova, T., & Trouillet, R. (2020). Rôle des interventions non médicamenteuses pour vieillir en bonne santé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 18(3), 305-310. <https://doi.org/10.1684/pnv.2020.0879>
- [4] Ernst, E. (2009). Ethics of complementary medicine: practical issues. *The British Journal of General Practice*, 59(564), 517-569. <https://doi.org/10.3399/bjgp09x453404>
- [5] Ninot, G. (2019). *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses*. Paris : Éditions Dunod.
- [6] Alzheimer's Disease International. (2018). World Alzheimer Report (2018). *The state of the art of dementia research: New frontiers*. Londres : ADI. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2018/>
- [7] NPI Model, Modèle standardisé de recommandations méthodologiques et éthiques pour l'Valutazione des interventions non médicamenteuses (INM) <https://npisociety.org/modele-evaluation-inm/>

NOTE PER I LETTORI

Questa guida è rivolta a tutte le professioni che lavorano direttamente o indirettamente con persone affette da demenza. Ha l'obiettivo di conoscere, comprendere ed attuare meglio gli Interventi Non Farmacologici proposti alle persone malate, al fine di mantenere e/o migliorare il loro funzionamento cognitivo, psicologico, sociale e più globalmente la loro qualità di vita. Poiché la relazione e l'interazione tra la persona che supervisiona l'intervento e la persona con demenza sono al cuore dell'accompagnamento, possiamo anche definirli come interventi «a carattere psicosociale». Tuttavia, si è scelto di prediligere il termine «Interventi Non Farmacologici» perché attualmente più utilizzato nel contesto francese.

Prima di essere proposti, questi interventi vanno pensati, progettati e adattati alle esigenze e alle difficoltà della specifica utenza. Non va dimenticato che, nonostante siano definiti «non farmacologici», non significa che siano esenti da potenziali effetti dannosi per la persona quali, ad esempio, la sensazione di fallimento, la bassa autostima, o un aumento dei disagi psicologici o comportamentali. D'altra parte, l'assenza di effetti benefici durante e dopo l'intervento non significa necessariamente che l'intervento non sia efficace, ma potrebbe derivare da difficoltà nelle modalità di esecuzione dell'intervento stesso. È necessario, infatti, porsi numerose domande: a chi va proposto l'intervento? In che contesto? Quando potrebbe essere controindicato? Quanto dura l'intervento? Con che frequenza? Il professionista che lo dovrebbe condurre ha le competenze necessarie per la sua attuazione? Sono presenti le risorse, umane e materiali, per attuarlo?

Questa guida ha il compito di rispondere a questi quesiti.

Gli interventi presentati in questa guida sono stati selezionati sulla base delle evidenze della loro efficacia. Sono, altresì, gli interventi maggiormente proposti alle persone con demenza. Ciascun capitolo corrisponde ad una tipologia di intervento ed è stato scritto da esperti di chiara fama, nazionale ed internazionale, ed è poi stato revisionato da un ulteriore esperto. Dei professionisti della cura e dell'assistenza, così come degli accademici, hanno rivisto i capitoli. Quelli scritti originariamente in inglese sono stati tradotti in francese.

Gli interventi proposti hanno intenti sia terapeutici che ricreativi. L'intento terapeutico rinvia a obiettivi mirati in risposta ad una situazione specifica. L'intervento si conclude una volta raggiunto l'obiettivo. Prima, durante e dopo l'intervento si effettua una valutazione per misurare gli effetti. Se necessario, si attuano modifiche o adattamenti all'intervento stesso. L'obiettivo terapeutico riguarda il sostegno, il coinvolgimento, la stimolazione, la riabilitazione della persona.

Le nozioni di sostegno, stimolazione, coinvolgimento riflettono la volontà di mantenere e rinforzare le capacità cognitive, psicologiche, sociali e fisiche. I concetti di riadattamento e di riabilitazione fanno capo al desiderio di ottimizzare il funzionamento cognitivo, psicologico, sociale e funzionale al fine di ridurre l'impatto del deficit cognitivo nella vita quotidiana. L'intenzione ricreativa mira a coinvolgere la persona in attività per lei significative, al fine di rinforzare i legami sociali, migliorare la qualità di vita ed il benessere. Anche se non c'è un obiettivo strettamente terapeutico, le attività vanno in-

quadrate chiaramente. Sia in contesto terapeutico che ricreativo, si possono ottenere benefici sia a breve che a lungo termine.

Nell'ultima versione, i capitoli iniziali sono stati aggiornati dagli autori, le tabelle di sintesi sono state revisionate tenendo conto dei contributi della letteratura scientifica emersi dopo la prima stesura del 2021.

In quest'ultima versione sono stati integrati interventi specifici: teatro, tango-terapia, Music Care®, e il robot Paro. Inoltre, è stata dedicata una parte specifica ai dispositivi digitali, per meglio comprenderne l'utilità per i malati.

Questi interventi volgono lo sguardo anche al caregiver, così come al professionista della cura e dell'assistenza, al fine di migliorare anche il loro benessere e qualità di vita.



PUNTI CHIAVE

- I consigli clinici ed operativi qui presentati non sostituiscono la formazione e l'apprendimento delle competenze necessarie per la supervisione di tali interventi.
- Questi consigli permettono di definire meglio il quadro di riferimento di ciascun intervento, le risorse umane e materiali necessarie.
- Un intervento individualizzato, calibrato sui bisogni della specifica persona è garanzia di maggiore efficacia.
- Una formazione e/o sensibilizzazione specifica sulla malattia di Alzheimer è fortemente raccomandata.

BENEFICI DEGLI INF

Le tabelle seguenti mostrano quali interventi hanno mostrato benefici per i sintomi evidenziati. I possibili differenti effetti degli interventi sono stati ricercati in revisioni sistematiche della letteratura. Dopo una completa revisione della letteratura, è stato attribuito un punteggio complessivo per indicare i risultati statisticamente significativi di ciascun intervento. Sono state evidenziate in tabella solo le prove di efficacia statisticamente significative.

Le definizioni scelte per i vari effetti riportati nelle tabelle si rifanno all'articolo scientifico di Gonçalves et al, 2018*.

La tabella seguente riporta, in termini generali, i benefici degli interventi in funzione degli effetti ricercati.

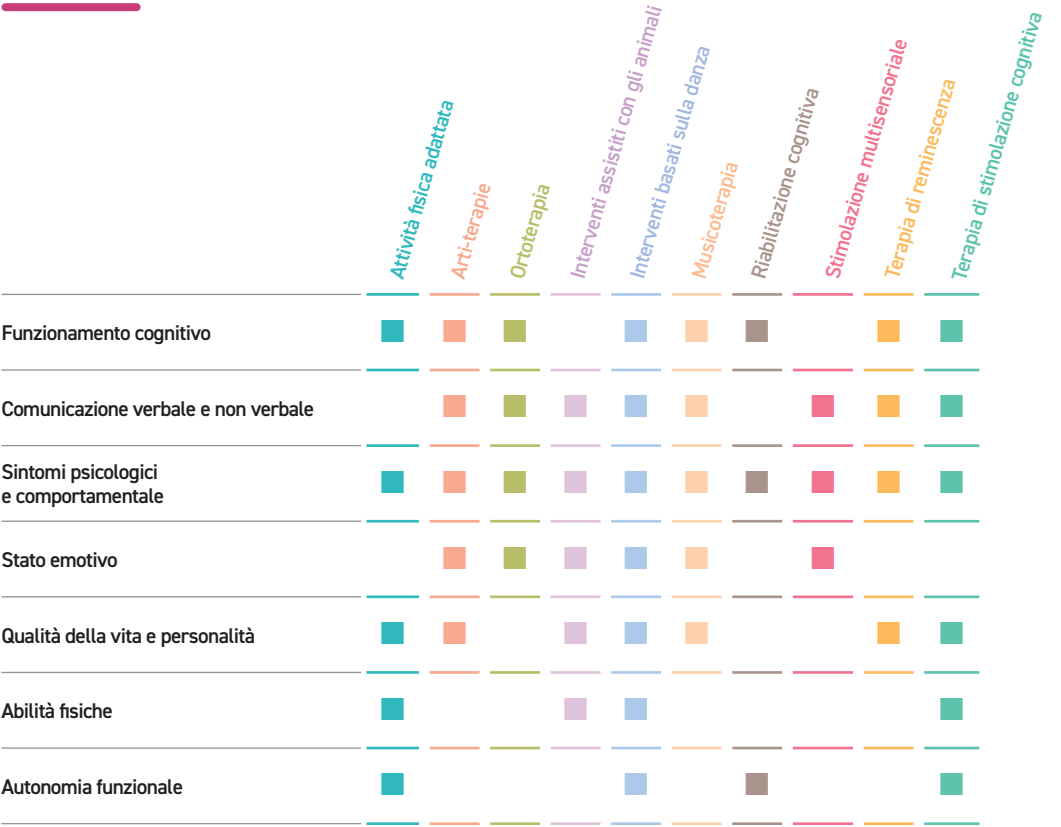
Le tabelle di pagina 127 e 129 presentano i sintomi suddivisi in categorie: funzioni cognitive e comunicazione, aspetti psicologici e comportamentali, capacità fisiche e autonomia funzionale.

Queste tabelle consentono di orientare la scelta degli interventi in base ai sintomi presenti, per meglio calibrarli sui bisogni e sugli interessi della persona.

Le informazioni contenute nelle tabelle riassuntive sono relative alle persone con demenza. Tuttavia si ricorda che alcuni degli interventi presentati nella guida hanno mostrato benefici documentati nella letteratura scientifica anche per i caregiver familiari (con impatto sul benessere, sul burden, sulla qualità di vita) e professionali (soddisfazione professionale, benessere lavorativo, stress...).

* Gonçalves, A.-C., Samuel, D., Ramsay, M., Demain, S., & Marques, A. (2020). A Core Outcome Set to Evaluate Physical Activity Interventions for People Living With Dementia. *The Gerontologist*, 60(4), 682-692.

Interessi degli interventi a seconda dell'effetto desiderato





ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

Attività fisica (AF)

PRESENTAZIONE

A. Definizione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'«Attività Fisica» come «qualsiasi movimento corporeo prodotto dalla contrazione muscolare che provoca un aumento del consumo energetico rispetto alla condizione di riposo». In una persona resa più fragile da malattie, età o disabilità, il concetto di «Attività Fisica Adattata – AFA» sembra più opportuno rispetto alla definizione di attività fisica punto.

L'AFA, infatti, consiste in un'attività fisica calibrata sulle condizioni fisiche e sulle capacità funzionali della persona. Secondo il decreto del Ministero della Salute francese del 31.12.2016, l'AFA è la pratica regolare in un contesto di vita quotidiana, di svago, di sport o di esercizio programmato, di movimenti corporei muscolo scheletrici, sulla base delle attitudini e delle motivazioni di persone con esigenze e bisogni specifici che impediscono loro di praticare in condizioni ordinarie.

L'AFA viene praticata con finalità di prevenzione, rieducazione, adattamento, riabilitazione, reinserimento, educazione e/o partecipazione sociale. In base agli obiettivi dell'attività stessa, ma anche delle eventuali difficoltà e patologie, alcuni esercizi sono specificatamente rivolti ad una funzione fisica come, ad esempio, la funzionalità respiratoria, la resistenza, la flessibilità articolare, la forza o l'equilibrio, mentre altri, definiti multimodali, allenano più funzioni.

A differenza di un'attività sportiva, in cui la pratica è associata spesso a prestazione e/o competizioni, l'AFA ha obiettivi essenzialmente preventivi e terapeutici, in un contesto di visione positiva dell'individuo, per mantenere o sviluppare il suo benessere e le sue capacità^[1].

B. Fondamenti teorici

Secondo l'esperienza dell'Istituto Nazionale della salute e della Ricerca Clinica francese (INSERM) che ha preso in esame quasi 2000 studi scientifici nell'ambito della cronicità, praticare un'attività fisica adattata allo stato di salute della persona, apporta benefici sulle funzioni metaboliche, articolari, muscolari, cardiache, neurologiche, immunologiche^[2].

Nel caso della malattia di Alzheimer o altri disturbi neuro-cognitivi, gli studi scientifici portano prove di efficacia sugli effetti dell'attività fisica sul cervello stesso, sia intervenendo sulla salute vascolare che sulla neuroplasticità^[3-4]. Queste patologie, infatti, hanno origini vascolari e/ degenerative e risentono molto dei disturbi della circolazione sanguigna e del metabolismo dei neuroni, fattori su cui l'attività fisica va ad agire direttamente. Ad esempio, l'attività fisica impatta sulla funzionalità vascolare, migliorando la perfusione cerebrale, aspetto rilevante in soggetti che vivono con la demenza, i quali presentano una diminuzione della perfusione di alcune aree cerebrali. Ciò consente un maggior consumo di nutrienti ed un maggior utilizzo dell'ossigeno da parte dei

■ ■ ■

ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

neuroni, migliorando il metabolismo glucidico e dei neurotrasmettitori. Inoltre, riduce i picchi glicemici, processo che invece va a favorire la formazione delle placche amiloidi caratteristiche nella malattia di Alzheimer. Inoltre, l'attività fisica sosterrrebbe la plasticità cerebrale e vascolare attraverso la sintesi dei fattori di crescita neuronale (BDNF Brain Derived Neurotrophic Factor). Ciò è stato dimostrato nel mondo animale, e negli studi con popolazione umana mostrano che, dopo l'implementazione di percorsi di Attività Fisica Adattata, un aumento (o una ridotta diminuzione) delle dimensioni di alcune aree cerebrali, come l'ippocampo, che giocano un ruolo centrale nei processi mnesici.

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati

- Processi fisici: capacità motorie e sensoriali, capacità cardiorespiratoria, forza muscolare, resistenza, capacità di deambulazione ed equilibrio.
- Processi cognitivi: memoria, proprioccezione, attenzione e pianificazione, coordinazione.
- Processi comportamentali: stimolo all'iniziativa e all'autonomia in persone che spesso vivono un'esautorazione a causa della malattia o dell'intervento dei caregiver, cooperazione nelle sessioni in gruppo, piacere nel gioco.
- Processi sociali: interazioni sociali, legami e integrazione tra gli individui e con i caregiver familiari e/o professionali che sono presenti all'attività.

B. Correlati neurofisiologici

L'attività fisica attiva diverse aree e zone del cervello: l'area motoria (movimenti volontari) e somato-sensoriale (coordinazione visuomotoria), il cervelletto (equilibrio), ma anche l'ippocampo (memoria). Un'attività fisica moderata o intensa innesca la secrezione di beta endorfine e di serotonina, ormoni del benessere. Stimola la produzione di osteocalcina nell'osso, che ha un effetto neurotrofico sui neuroni dell'ippocampo.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Diversi studi hanno dimostrato che l'attività fisica ha efficacia sulla mobilità, sul funzionamento fisico, sulla cognitiv , sull'ansia, sull'apatia e sulla depressione. L'efficacia sembra aumentare se associata alla stimolazione cognitiva e ai gruppi di discussione. Sono necessari ulteriori studi per comprendere con pi  precisione le metodologie pi  efficaci per proporre le attivit . Le metanalisi su studi randomizzati e controllati sono difficili da portare avanti, poich  le caratteristiche dei partecipanti, i programmi delle attivit  e gli outcomes desiderati non sono sempre comparabili. Tuttavia, numerose metanalisi hanno indicato che i programmi di AFA possono portare a migliorare le capacit  fisiche e funzionali^[5-6], le funzioni cognitive^[7] e le abilit  funzionali della vita quotidiana^[6-8], essenziali per garantire una buona qualit  di vita e una certa autonomia. Un ulteriore studio randomizzato e controllato ha mostrato che il carico assistenziale per il caregiver domiciliare pu  essere ridotto quando essi stessi prendono parte ai programmi AFA^[9].

Per quanto riguarda il rapporto costi benefici, una ricerca condotta da S el Bleu, in collaborazione con il laboratorio di salute ed Invecchiamento dell'Universit  di Versailles Saint Quentin, con la Scuola di Alta Formazione in sanit  Pubblica (EHESP) e con l'Istituto di Politiche Sociali (IPP) (Scuola di Economia di Parigi) ha valutato un programma di Attivit  Fisica Adattata della durata di 12 mesi, che ha coinvolto circa 450 persone residenti in Residenze Sanitarie Assistite, in 4 paesi europei (Belgio, Spagna, Francia, Irlanda). I risultati mostrano che il programma permette di evitare una possibile caduta benigna (senza conseguenze cliniche) all'anno per persona, una caduta accidentale ogni 18 mesi e una grave ogni cinque anni. Se il programma venisse applicato su scala nazionale, tenendo conto di tutti i residenti delle RSA in Francia, si otterrebbe un beneficio economico netto totale annuo stimato tra i 441 e i 771 milioni di euro, tenendo conto del costo del programma^[10].

Un programma di esercizio intenso e a lungo termine condotto a domicilio potrebbe essere utile nel rallentare il declino funzionale senza aumentare i costi totali a carico del sistema sanitario e/o sociale^[11]. Inoltre, un programma di cammino per le persone ammalate e per i loro caregiver   potenzialmente conveniente rispetto alle cure abituali, se l'esito desiderato   la riduzione dei sintomi psicologici e comportamentali^[12]. Tuttavia, ad oggi, il rapporto costo-beneficio per gli anni di vita in rapporto alla qualit  di vita resta elevato; quindi, l'intervento non sembra efficace in termini di costi, rispetto ai potenziali benefici nella qualit  di vita. Sono pertanto necessarie ulteriori valutazioni a supporto^[13].

ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

ATTUAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e competenze richieste per attuare l'intervento

Relatori specializzati formati in scienze motorie, laurea triennale, formazione specifica in AFA. Sono raccomandate conoscenze specifiche sulla malattia di Alzheimer e altri disturbi neurocognitivi.

B. Consigli pratici e indicazioni cliniche

SCOPO TERAPEUTICO

Profilo dei partecipanti

- Persone con malattia di Alzheimer o altri disturbi neuro-cognitivi, fasi da lieve a severa.
- I caregiver possono partecipare alle sessioni.

Indicazioni

- Aprassia, disturbi della memoria.
- Disturbi dell'umore, ansia, apatia.
- Disturbi del comportamento: agitazione psicomotoria, vagabondaggio, opposizione agli atti di cura.
- Disturbi del ritmo sonno veglia.
- Miglioramento delle funzioni vitali e delle capacità fisiche (capacità cardiorespiratoria, riflessi, coordinazione, equilibrio, forza muscolare, peso).

Controindicazioni

- Disturbi del comportamento molto rilevanti (es. aggressività non verbale, allucinazioni).
- Non attività intensa in presenza di ipertensione.

Persone coinvolte

- Il programma dev'essere supervisionato da professionisti abilitati AFA.
- L'inclusione della persona nel programma va valutata prioritariamente dal medico o dallo psicologo.
- Altri professionisti possono contribuire all'attuazione del programma: psicologi, psicomotricisti, fisioterapisti, logopedisti, ergoterapisti, infermieri o operatori sanitari.

Contesto

- Domicilio o istituto.
- Se all'interno: spazi ariosi e tranquilli, finestre con tende, buona luminosità.
- Attrezzature: sedie o poltrone, tavolo, musica.
- Materiale tecnico: palle e palloni di diverse dimensioni e materiali, cerchi, coni, elastici, contrassegni, racchette, ecc.

INTENZIONE TERAPEUTICA

Frequenza

- Periodico, sessioni regolari sempre nella stessa fascia oraria.
- Frequenza: una o due volte la settimana, in base alle condizioni fisiche dei partecipanti.
- Durata: da mezz'ora ad un'ora massimo.

L'inattività fisica si accompagna ad una perdita delle abilità acquisite e ad un «decondizionamento», ossia una perdita di abitudine all'attività che provoca effetti deleteri sulla salute fisica e psicosociale. Va ricordato che è sempre possibile invertire questa tendenza.

Svolgimento delle sessioni

- Presa in carico individuale o in piccolo gruppo (3-5 persone).
- Seguire una routine di riscaldamento all'inizio della sessione e di stretching alla fine.
- Pensare al programma con esercizi in progressione di difficoltà.
- Il programma può toccare le seguenti aree: forza, flessibilità, equilibrio, coordinazione, resistenza. Permette inoltre di lavorare su attenzione, memoria e rilassamento.

In caso di rischio di caduta, si possono proporre anche esercizi seduti che permettano di migliorare la condizione fisica.

Incentivare la presenza

- Il programma di AFA si dovrà adattare alla persona, al suo contesto relazionale, al suo stile di vita, sia a domicilio che in istituto.
- Le difficoltà attentive e comunicative possono ridurre la motivazione alla partecipazione, anche perché i disturbi cognitivi e i sintomi comportamentali possono limitare ulteriormente l'espressione dei bisogni, delle emozioni o l'espressione del dolore somatico.
- L'incoraggiamento ed un clima conviviale sono indispensabili per favorire l'autostima.

Valutazione

Va eseguita almeno all'inizio ed alla fine del programma di AFA. I test utilizzati vanno calibrati in base alla gravità della malattia ed al livello di autonomia della persona :

1. Componenti della funzionalità fisica che devono essere valutate dall'operatore AFA che supervisiona l'intervento:

- Agilità, equilibrio dinamico: test GET UP AND GO, test d'equilibrio su supporto singolo, test dual task.
- Forza muscolare arti superiori: flessione del braccio, pressione della palla in schiuma.
- Forza muscolare arti inferiori: 30 secondi seduto/in piedi, flessione del ginocchio.
- Resistenza aerobica: 2 min camminata sul posto.
- Flessibilità arti inferiori: flessibilità da seduti.
- Flessibilità arti superiori: da valutare la capacità di usare un gratta schiena.

2. Valutazione della componente psicosociale da parte dell'operatore AFA e di professionisti sociosanitari:

- Griglie di osservazione.
- Colloquio individuale, quando possibile.

ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

ULTERIORI INFORMAZIONI

- Attività fisica adattata alla malattia di Alzheimer:
<https://eurekasante.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/maladie-alzheimer.html?pb=activite-physique>
- *Exercise in the early to middle stage of dementia*:
<https://www.alzheimers.org.uk/get-support/daily-living/exercise/early-middle-dementia>

SULL'AUTORE

Jean-Christophe MINO è un medico ricercatore presso l'istituto Siel Bleu (<https://www.sielbleu.org/>), insegna al dipartimento di etica della facoltà di medicina della Sorbona. L'autore ringrazia GKOLFO GOURNA, specialista di Attività Fisica adattata a fini preventivi presso SIEL BLEU, per il contributo alla stesura di questo capitolo.



PUNTI CHIAVE

- Per migliorare le capacità fisiche e il tono dell'umore, stimolare la memoria, favorire il sonno e ridurre i disturbi del comportamento.
- Questo intervento attiva processi fisici, cognitivi, psicologici e sociali.
- Si è osservato un miglioramento della mobilità, della condizione fisica, delle funzioni cognitive, dell'autonomia, una diminuzione dell'ansia e della depressione.
- Si può fare in gruppo, da soli, o con il caregiver.
- Si può attuare con tutte le persone affette da malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi, e in tutti gli stadi di malattia.



Riferimenti

- [1] Mino, J. C., Muller, J. D., & Ricard, J.M. (2018). *Soin du corps, soin de soi. Activité physique adaptée en santé*. Presses Universitaires de France.
- [2] Inserm. (2019). *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. Paris, France, Éditions EDP Sciences, Collection Expertise collective.
- [3] Davenport, M. H., Hogan, D. B., Eskes, G. A., Longman, R. S., & Poulin, M. J. (2012). Cerebrovascular reserve: the link between fitness and cognitive function?. *Exercise and sport sciences reviews*, 40(3), 153–158.
- [4] Erickson, K. I., Weinstein, A. M., & Lopez, O. L. (2012). Physical activity, brain plasticity, and Alzheimer's disease. *Archives of medical research*, 43(8), 615–621.
- [5] de Almeida, S., Gomes da Silva, M., & Marques, A. (2020). Home-Based Physical Activity Programs for People With Dementia: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 60(8), 600–608.
- [6] Lee, H. S., Park, S. W., & Park, Y. J. (2016). Effects of Physical Activity Programs on the Improvement of Dementia Symptom: A Meta-Analysis. *BioMed Research International*, 2016, 2920146.
- [7] Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P. G., van Berckel, B. N., Scheltens, P., Scherder, E. J., van der Flier, W. M., & Ossenkoppele, R. (2016). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: A meta-analysis of randomized control trials. *Ageing research reviews*, 25, 13–23.
- [8] Forbes, D., Forbes, S. C., Blake, C. M., Thiessen, E. J., & Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD006489.
- [9] Vreugdenhil, A., Cannell, J., Davies, A., & Razay, G. (2012). A community-based exercise programme to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(1), 12–19.
- [10] Gerves C., Milcent C., & Senik, C. (2015). *Evaluation d'un programme d'activité physique adapté à un public de personnes âgées, notes de l'IPP n°16*, Institut des Politiques Publiques, janvier 2015.
- [11] Senik, C., Zappalà, G., Milcent, C., Gerves-Pinquier, C., & Dargent-Molina, P. (2022). Happier Elderly Residents. The Positive Impact of Physical Activity on Objective and Subjective Health Condition of Elderly People in Nursing Homes. Evidence from a Multi-Site Randomized Controlled Trial. *Applied Research in Quality of Life*, 17(2), 1091–1111.
- [12] Pitkälä, K. H., Pöysti, M. M., Laakkonen, M. L., Tilvis, R. S., Savikko, N., Kautiainen, H., & Strandberg, T. E. (2013). Effects of the Finnish Alzheimer disease exercise trial (FINALEX): a randomized controlled trial. *JAMA internal medicine*, 173(10), 894–901.
- [13] D'Amico, F., Rehill, A., Knapp, M., Lowery, D., Cerga-Pashoja, A., Griffin, M., Iliffe, S., & Warner, J. (2016). Cost-effectiveness of exercise as a therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia within the EVIDEM-E randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(6), 656–665.



ARTI-TERAPIE

Terapia attraverso l'arte
Psicoterapia con supporto artistico
Psicoterapia attraverso l'arte

PRESENTAZIONE

A. Definizione

L'arteterapia è un intervento supervisionato da un Arteterapeuta che prevede l'utilizzo dell'arte come mezzo psicoterapeutico per aiutare gli individui a esprimere una propria visione personale, nel coinvolgimento dell'atto creativo. Questo processo ha lo scopo di promuovere il benessere attraverso l'integrazione cognitiva, emozionale, fisica e sociale. Gli interventi di arteterapia si basano sul principio che l'arte sia una forma di espressione di sé, utile alla salute mentale e al benessere, anche per quelle persone che presentano dei deficit cognitivi come nella malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi. Condotte da un arteterapeuta certificato, le sessioni supportano obiettivi terapeutici individuali e relazionali. L'arteterapia viene utilizzata per promuovere l'autostima e la consapevolezza di sé, per supportare le funzioni cognitive e sensomotorie, per coltivare la resilienza emotiva, per promuovere l'introspezione, migliorare le competenze relazionali, ridurre i conflitti e il distress psicologico e promuovere il cambiamento sociale e comunitario^[1].

L'arteterapia comprende protocolli terapeutici adattati ad indicazioni cliniche e utilizza strumenti di valutazione specifici. Infine, la pratica artistica utilizzata deve essere definita non solo in relazione alla strategia terapeutica prevista, ma anche in base alle preferenze della persona e/o della sua famiglia.

B. Fondamenti

L'arte è una forma di espressione che è stata utilizzata fin dall'inizio dell'umanità, come testimoniano le pitture rupestri nella grotta di Lascaux. L'arteterapia divenne una pratica terapeutica e si sviluppò in modo indipendente in alcune parti dell'Europa e dell'America negli anni '40. Il primo personaggio noto a utilizzare l'arteterapia come trattamento per la salute mentale è stato Adrian Hill, un artista inglese.

Mentre era ricoverato in un sanatorio per la cura della tubercolosi, Hill offre ad altri pazienti l'opportunità di partecipare a progetti artistici. In seguito, ha dato testimonianza di gran parte del suo lavoro come arteterapeuta nel suo libro *Art Versus Illness*^[2] (1945). Prima di Hill, Hans Prinzhorn iniziò a lavorare sull'arte e la medicina presso la clinica psichiatrica di Heidelberg negli anni '20, osservando e analizzando le opere d'arte create da pazienti con diagnosi di schizofrenia. Prinzhorn ha poi pubblicato un testo fondamentale, *Artistry of the Mentally Ill* (Bildnerei der Geisteskranken), che ha dato il via a una riflessione approfondita sulla malattia mentale e sulla creatività^[3]. Molti arteterapeuti considerano Carl Jung, psichiatra e psicoanalista svizzero, uno dei pionieri dell'arteterapia. Infatti, Jung usa l'arte con i suoi pazienti per promuovere la risoluzione dei conflitti interiori. Successivamente, pubblicò il famoso *The Red Book*, un trattato per illustrare le sue emozioni in immagini. Da allora, l'arteterapia ha trovato spazio in molteplici aree della salute mentale e della neurologia. L'arteterapia è una forma di trattamento particolarmente interessante per le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o patologie affini. Numerose ricerche dimostrano che l'arteterapia è in grado di stimolare il recupero dei ricordi in queste persone durante il processo creativo, nonostante il processo patologico in atto^[4].

■ ■ ■

ARTI-TERAPIE

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati^[5-6]

- Processi cognitivi: attenzione, orientamento spaziale, processi di concettualizzazione (costruzione immaginativa e richiamo dalla memoria episodica), stimolazione sensoriale.
- Processi emotivi/comportamentali: espressione di sé (comunicazione verbale e non verbale), rilassamento, vigilanza e consapevolezza di sé.
- Processi fisici: motricità fine e integrazione sensomotora.
- Processi sociali: interazioni, inclusione e coesione sociale.

Nella scelta dei mezzi e delle tecniche artistiche, delle opere d'arte esposte e commentate e nella scelta musicale eventuale, è necessario tener conto del substrato culturale della persona. Secondo alcuni studi, gli interventi di arteterapia con acquerelli e svolti in sedute settimanali di un'ora, portano a risultati efficaci (il collage, il disegno, la scultura, *digital art*, fotografie sono altri supporti che possono essere utilizzati). Inoltre, l'associazione con una musica appropriata può aiutare a riportare alla mente ricordi lontani e mantenere uno stato d'animo positivo.

B. Correli neurofisiologici

Secondo alcuni studi, la creazione artistica contribuisce a ridurre l'agitazione, l'ansia, la depressione e a stimolare aree cerebrali coinvolte nei processi mnesici a lungo termine e al riconoscimento spaziale. Evidenze riscontrabili nelle immagini Pet Scan mostrano che alcune aree cerebrali si attivano durante il coinvolgimento in attività creative. Questi studi basati sulle neuroimmagini rivelano che in coinvolgimento nell'arte mostra effetti simili alle tecniche di meditazione consapevole, stimolando il rilascio di neurotrasmettitori come la dopamina, la serotonina, l'ossitocina e l'endorfina, comunemente ritenuti gli «ormoni del benessere», che aiutano l'attivazione delle sinapsi e riducono i disturbi del comportamento.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

È stato dimostrato che l'arteterapia come intervento non farmacologico ha effetti positivi sulla qualità della vita, sulle interazioni sociali, sull'umore e sul miglioramento dei sintomi psicologici^[7]. Tuttavia, la mancanza di studi clinici nell'arteterapia non permette di definire un effetto positivo *evidence-based* di questo tipo di intervento, sebbene esistano evidenze empiriche nella letteratura scientifica e nelle osservazioni sul campo. Sono necessari ulteriori studi per rafforzare la base di prove sull'efficacia di questo tipo di intervento.

Finora non esiste uno studio sui costi e benefici condotto su larga scala. Tuttavia, piccoli studi condotti negli Stati Uniti e nel Regno Unito indicano una significativa riduzione del costo delle cure con l'uso dell'arteterapia, nell'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone. Le ricerche attuali sull'arteterapia dimostrano un miglioramento dell'umore e del comportamento con una riduzione dei sintomi depressivi, ansia, agitazione, sindrome del tramonto, solitudine, uso di farmaci psicotropi e stress psicologico dei caregiver. Inoltre, un ampio studio finanziato dal *National Endowment of the Arts* ha riscontrato una correlazione positiva tra il coinvolgimento in attività artistiche e le prestazioni fisiche degli anziani. L'arte appare, quindi, come uno strumento per invecchiare in buona salute^[8].

CONSIGLI PRATICI E INDICAZIONI CLINICHE

A. Formazione o competenze necessarie per attuare l'intervento

Diploma di arteterapeuta o di qualsiasi operatore sociale e/o sanitario che abbia seguito una formazione specifica nella pratica e nell'insegnamento dell'arte. La formazione e/o la sensibilizzazione sulla malattia di Alzheimer sono necessarie e fortemente raccomandate.

ARTI-TERAPIE

B. Consigli pratici e indicazioni cliniche

SOPO TERAPEUTICO

Profilo dei partecipanti

- Persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi in fase lieve o moderata.
- I membri della famiglia (congiunti, figli, nipoti, assistenti familiari) possono partecipare alle sessioni, nell'obiettivo di rinforzare il legame con il proprio caro. Si consiglia di creare opere d'arte in modo realmente collaborativo, evitando che il caregiver si sostituisca al lavoro della persona.

Indicazioni

- Livello cognitivo: memoria e funzioni esecutive.
- Livello psicologico: umore, comportamento, coesione sociale e qualità di vita.
- Livello neurologico: limitazioni nell'utilizzo di farmaci psicotropi.

Controindicazioni

- Deficit cognitivi significativi e/o stadi severi di malattia (situazioni in cui la creazione di opere può essere impossibile).
- Limiti sensoriali e/o fisici.
- Dolore cronico severo.
- Disturbi del comportamento severi.
- Comorbidità psichiatrica con allucinazioni o altri disturbi psicotici cronici.

Persone coinvolte

L'arteterapia deve essere praticata da un professionista qualificato. In Francia, si consiglia un diploma universitario o una certificazione nell'Elenco Nazionale delle Certificazioni Professionali (RNCP) corrispondente al livello europeo 6. Gli arteterapeuti certificati o quelli con un diploma universitario possono essere assistiti da studenti universitari o laureati in un programma di arteterapia o da personale aggiuntivo adeguatamente formato. Va notato che un caregiver può utilizzare l'arte con obiettivi di benessere, senza necessariamente che questa sia definita come arteterapia.

Contesto

- Spazio calmo, lontano da fonti di rumore e altre distrazioni, possibilmente con finestre e luce naturale.
- Una stanza/sala vicino ad un bagno o almeno un lavandino.
- Una stanza/sala con tavoli e sedie e spazio adeguato al movimento (anche con carrozzine).

INTENZIONE TERAPEUTICA

Frequenza

- Periodo: le sedute vengono proposte in modo continuativo.
- Frequenza: almeno una volta a settimana.
- Durata: di solito, il mattino è il momento più adeguato e permette sessioni da 20 minuti ad un'ora, a seconda delle capacità attentive dei partecipanti.

Si consiglia di effettuare le sessioni nello stesso giorno della settimana e alla stessa ora, al fine di consolidare una routine. Inoltre, i tempi della sessione possono essere adattati agli obiettivi dell'intervento, ad esempio può essere fatta a fine giornata se vogliamo limitare l'ansia e preparare la persona al riposo notturno.

Svolgimento delle sessioni

- Le sessioni possono essere tenute vis à vis, o in piccolo gruppo, idealmente di 5 e 8 partecipanti con 1-2 facilitatori (i gruppi di 10-15 partecipanti dovrebbero coinvolgere tre facilitatori). I gruppi di più di 15 partecipanti sono sconsigliati. Quando ci sono più di 4 partecipanti, si tratta più di un'attività artistica a scopo terapeutico che di vera e propria arteterapia.
- Presentazione: si presenta un artista, partendo da un libro d'arte e si forniscono alcune informazioni sulla sua biografia, mostrando due o tre riproduzioni delle sue opere e dando il via ad una discussione per creare il contesto e stimolare la creatività. Il tema della sessione può essere ispirato dall'artista presentato, ad esempio «Picasso e la pittura astratta», «O'Keefe ed il dipinto di un fiore in primo piano». Se si sceglie di non mettere in risalto un artista in particolare, si può dare un'istruzione, ad esempio, di dipingere un paesaggio a scelta in acquerello, o creare un collage da una rivista. Un elemento essenziale è concettualizzare l'opera d'arte creata, ad esempio per determinarne il titolo.
- Durante la sessione si annotano i ricordi o la storia che la persona verbalizza durante la creazione, o sul retro dell'opera d'arte stessa o su un bloc notes per tenere traccia di ciò che la persona pensa e sente. Si consiglia inoltre di condividere l'opera d'arte, ed i commenti relativi, con i membri della famiglia per stimolare una conversazione a riguardo.
- Archiviazione: l'opera d'arte può essere archiviata in una cartella specifica o consegnata al partecipante/familiare. L'attrezzatura utilizzata deve essere pulita, asciugata e conservata in un luogo sicuro.

Incentivare la presenza

- Incoraggia i partecipanti riluttanti a partecipare alle sessioni e rinnova gli inviti.
- Rivalutare la pertinenza dell'intervento, se necessario.
- Coinvolgi varie persone a partecipare, anche quelle che sembrano più timide o disinteressate all'arte.
- Promuovere la routine coinvolgendo le stesse persone e includendone altre solo quando necessario.
- Assicurati che gli apparecchi acustici e gli occhiali siano funzionanti, puliti e che l'abbigliamento sia appropriato (grembiuli).

Valutazione

Cognitiva e comportamentale.

ARTI-TERAPIE

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Association française de recherches et applications des techniques artistiques en pédagogie et médecine (AFRATAPEM) : <http://art-therapie-tours.net/>
- Duncan, A. (2010). *MIM Modalities; Facilitators Manual*. In Doris, L., & Heinly, L. D. *Memories in the Making: a creative art activity for people with Alzheimer's dementia*. La Doris "Sam" Heinly
- Hayes, J. (2010). *The Creative Arts in Dementia: practical person-centered approaches and ideas*. Jessica Kingsley Publishers.
- Potts, D. (2022). *Bringing Art to Life: reflections on dementia and the transforming power of art and relationships*. Wipf and Stock Publishers.
- Thompson, R., Duncan, A., & Sack, J. (2021). Arts in Mind: a multidisciplinary approach to museum programs for persons living with young-onset and early-stage Alzheimer's disease. *The International Journal of Lifelong Learning in Art Education*, 4(2021), 61-73.
- British Association of Art Therapists: <https://baat.org/>
- American Art Therapy Association: <https://arttherapy.org/>
- Eric Ellena & Berna Huebner. (2009). *I Remember Better When I Paint*. Film: <http://www.irememberbetterwhenipaint.com/>

SULL'AUTORE

Angel C. DUNCAN, PhDc, MA, MFT, ATR, è una terapeuta familiare, arteterapeuta e specialista nella malattia di Alzheimer, responsabile del programma di studi clinici «Operazioni cliniche negli Stati Uniti» presso il Life Molecular Imaging. Inoltre, è la fondatrice e la co creatrice del programma Arts in Mind e del supporto all'educazione museale nella galleria d'arte dell'Università di Yale.

PUNTI CHIAVE

- Per potenziare la funzione cognitiva, migliorare il tono dell'umore e la qualità della vita, stimolare le interazioni sociali e gestire meglio i disturbi comportamentali.
- Questo tipo di intervento attiva processi cognitivi, emotivi, fisici e sociali.
- Gli effetti osservati sono un miglioramento della qualità della vita, del benessere e delle interazioni sociali, una diminuzione dell'agitazione, della depressione, dell'ansia, della percezione di solitudine e una diminuzione dell'uso di psicofarmaci.
- Può essere svolto in gruppo, da soli o con il caregiver.
- Può essere rivolto alle persone che vivono con il morbo di Alzheimer o altri disturbi neuro-cognitivi in fase lieve o moderata.



Riferimenti

- [1] American Art Therapy Association. (2020). *About Art Therapy*.
- [2] Vick, R. M. (2012). A Brief History of Art Therapy. In C. A. Malchiodi (Ed). *Handbook of art therapy* (pp. 5-16).
- [3] Dolbear, S. (2019, February 27). *Hans Prinzhorn's Artistry of the Mentally Ill* (1922). <https://publicdomainreview.org/collection/hans-prinzhorn-s-artistry-of-the-mentally-ill-1922/>
- [4] Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2013). Art Therapy for Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(1), 1-11.
- [5] Witkoski, S. A., & Chaves, M. L. F. (2007). Evaluation of artwork produced by Alzheimer's disease outpatients in a pilot art therapy program. *Dementia & Neuropsychologia*, 1(2), 217-221.
- [6] Duncan, A. (2019). Art Therapy in Neurocognitive Disorders: Why the Arts Matter in Brain Health. *Surgical Medicine Open Access Journal*, 2(3), 1-4.
- [7] Duncan, A. C. (2018). Identity in memory: Ascertaining consciousness beyond dementia. *Journal of Neurology and Neurological Disorders*, 4(3), 302. <https://www.annepublishers.com/articles/JNND/4302-Identity-in-Memory-Ascertaining-Consciousness-beyond-Dementia.pdf>
- [8] Summit on Creativity and Aging in America. (2016). *National Endowment of the Arts, National Center for Creative Aging: Report*. <https://www.arts.gov/sites/default/files/summit-on-creative-aging-feb2016.pdf>



FOCUS SUGLI INTERVENTI A MEDIAZIONE TEATRALE

PRESENTAZIONE

Il teatro è una forma di espressione di sé benefica per la salute. Gli interventi mediati dal teatro sono particolarmente indicati per le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o una malattia correlata.

Esistono diversi approcci: la riabilitazione dei disturbi cognitivi attraverso l'apprendimento delle tecniche di recitazione teatrale, e la drammaterapia, che promuove un processo terapeutico attraverso l'uso intenzionale di tecniche drammatiche. Entrambi gli approcci promuovono il benessere della persona ed agiscono sul comportamento e sull'umore.

CONTESTO TEORICO

Il teatro attiva i processi cognitivi (attenzione, orientamento spaziale, ricordi), emotivi (ricordi ed esperienze personali), psicologici (benessere, espressione di sé, consapevolezza, superamento dei propri limiti) comportamentali (comunicazione verbale e non verbale, rilassamento), fisici (motricità fine e integrazione

sensorimotoria) e sociali (interazioni sociali, coesione di gruppo). L'attività teatrale stimola l'utilizzo del corpo, l'ampiezza della voce, i gesti, i movimenti, la presenza scenica. Questo migliora le capacità di improvvisazione e adattamento sul palco, ma ha ricadute anche nella vita di tutti i giorni.

Nell'ambito della riabilitazione cognitiva, l'obiettivo delle attività teatrali è quello di aumentare le riserve cognitive e cerebrali e di attivare nuove reti neurali compensatorie nella fase lieve della malattia. La drammaterapia si basa su diversi modelli operativi, come lo *psicodramma* di Jacob Moreno, il teatro forum di Augusto Boal e varie mediazioni terapeutiche (Anne Brun, René Rousillon, Patricia Attigui, ecc.).

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Alcuni studi hanno dimostrato un miglioramento dell'umore e della qualità della vita^[1-2], dell'attenzione^[2] e una diminuzione dell'isolamento sociale^[1]. Uno studio randomizzato controllato^[2] ha mostrato benefici a favore del gruppo sperimentale (drammaterapia rispetto alle attività di routine) dopo 8 settimane di intervento, con mantenimento dei risultati dopo 12 settimane di intervento. Un recente studio ha sviluppato un programma di intervento con registi professionisti che offrono laboratori teatrali seguiti da spettacoli finali aperti al pubblico^[3-4]. Lo scopo era quello di insegnare le tecniche di recitazione teatrale sia a persone malate che prive di disturbi cognitivi.

I risultati hanno mostrato miglioramenti nella memoria episodica dei partecipanti, nella memoria di lavoro, nelle funzioni esecutive, nell'attenzione, nell'umore, nell'apatia e nell'autostima. Uno studio pilota ha osservato che dopo 16 settimane di intervento, le persone con Alzheimer erano in grado di esprimere le loro emozioni in modo meno ambiguo e più appropriato al contesto^[5].

ATTUAZIONE E CONSIGLI PRATICI

Ciascuna sessione prevede esercizi di rilassamento, riscaldamento, dizione, espressione corporea e scenica e improvvisazioni. L'opera è adattata a partire dalle tecniche di recitazione e memorizzazione che un attore professionista utilizza associando testo e movimenti, gesti, andatura e azione. Possono essere utilizzati diversi supporti e tecniche artistiche (mimo, scrittura, lettura, burattino, maschera, costumi, musica, ecc.). Le sedute di drammaterapia sono supervisionate da un drammaterapeuta, da un mediatore artistico o da un terapeuta e perseguono sia obiettivi artistici che terapeutici. Le sessioni sono a cadenza settimanale, mensile o

■ ■ ■

bimestrale, possono durare da un'ora a un'ora e mezza, solitamente in gruppi da 5 a 12 partecipanti. All'interno del contesto di riabilitazione cognitiva, il programma di laboratori teatrali consiste in 16 sessioni settimanali di un'ora e mezza in gruppi di massimo 12 partecipanti. Le sessioni sono supervisionate da un insegnante di teatro o da un regista.

Qualunque sia l'approccio, le sessioni possono includere persone anche senza deterioramento cognitivo e anche caregiver, a condizione che ci sia una buona relazione tra i due. Questa compresenza può promuovere una dinamica di gruppo che aiuta a dare la fiducia delle persone malate. Le persone anziane senza disturbi cognitivi imparano molto su sé stesse durante queste esperienze, sulla loro paura di invecchiare, sul timore della malattia. Le sessioni laboratoriali possono confluire in spettacoli pubblici che invitano a cambiare il modo in cui guardiamo le persone malate, vedendo che sono in grado di esibirsi sul palco e di divertirsi a farlo.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Join, J. (2015). *Intérêt des thérapies par l'art et des autres thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge du patient atteint de la maladie d'Alzheimer*. Sciences pharmaceutiques. Dumas-01234912 Sciences pharmaceutiques.
- Ergis, A.-M. (2013). Théâtre et mémoire. In *Neuropsychologie et Art - Théories et applications cliniques*. (H. Platel & C. Thomas-Antérion, Eds). De Boeck Solal, Paris, pp. 275-282.
- Cohen, S. & Ergis, A.-M. (2014). Atelier théâtre et mémoire : Prise en charge des troubles de mémoire de patients atteints de la maladie d'Alzheimer: Utilisation de techniques théâtrales et de chant. In *Les thérapies à médiation artistique* (J. Mollard, Ed). Le Cherche-Midi, Paris.
- Association Art et Mice : www.artetmice.fr
- Klein J.P. (2015). *Théâtre et dramathérapie*. Presses Universitaires de France.

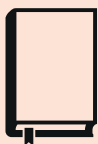
SUGLI AUTORI

Anne-Marie ERGIS è professoressa di neuropsicologia dell'invecchiamento alla facoltà di Psicologia dell'Università di Parigi.

Carole MADDALENA è un'attrice, regista, mediatrice artistica negli ambiti di cura, fondatrice dell'Associazione «Art et Mice».

PUNTI CHIAVE

- Stimolare e migliorare le capacità cognitive, psicologiche e motorie.
- Questo tipo di intervento attiva processi cognitivi, psicologici, sociali e fisici e consente l'espressione individuale e di gruppo.
- Gli effetti osservati sono un miglioramento della memoria episodica, della memoria di lavoro, delle funzioni esecutive, dell'attenzione, delle interazioni sociali, della qualità della vita, dell'autostima e una diminuzione dei sintomi psicologici e comportamentali (apatia, depressione, ansia).
- Può essere fatta in gruppo.
- Può essere rivolto alle persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neuro-cognitivi, indipendentemente dallo stadio di gravità della malattia.



Riferimenti

- [1] van Dijk, A. M., van Weert, J. C., & Dröes, R. M. (2012). Does theatre improve the quality of life of people with dementia?. *International psychogeriatrics*, 24(3), 367–381
- [2] Lin, L. W., Lu, Y. H., Chang, T. H., & Yeh, S. H. (2021). Effects of Drama Therapy on Depressive Symptoms, Attention, and Quality of Life in Patients with Dementia. *The journal of nursing research: JNR*, 30(1), e188
- [3] Ergis, A.-M., Hurtado, C., Charlieux, B. & Rigaud, A.-S. (2022, 7-8 décembre). *Les effets d'un atelier théâtre sur les fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales de patients atteints de la maladie d'Alzheimer*. Congrès USPALZ, Issy-les-Moulineaux, France.
- [4] Ergis, A.-M., Hurtado, C., Charlieux, B. & Rigaud A.-S. (2023, 12-14 juin). *The effects of theater workshops on cognitive functions, emotion regulation and behavior of patients with mild Alzheimer's disease*. IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023, Yokohama, Japon.
- [5] Jaaniste, J., Linnell, S., Ollerton, R. L., & Sleva-Younan, S. (2015). Drama therapy with older people with dementia—Does it improve quality of life? *The Arts in Psychotherapy*, 43, 40-48.



ORTOTERAPIA

Giardini terapeutici – Terapia attraverso il giardinaggio

Orticoltura terapeutica

Terapie attraverso la relazione con la natura – Giardini di cura^[1]

PRESENTAZIONE

A. Definizione

L'ortoterapia definisce un atto terapeutico olistico che consiste nell'utilizzare il giardino, il giardinaggio, la coltivazione di piante o più in generale il rapporto con piante e materiali della natura al fine di migliorare la salute fisica, mentale e sociale^[2]. Questa terapia è particolarmente indicata per gli anziani e le persone che vivono con il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza^[3-4].

B. Fondamenti teorici

Le basi teoriche dell'ortoterapia si rifanno alle teorie evoluzioniste della biofilia e ai processi, geneticamente fondati, di adattamento all'ambiente^[5]. Biologicamente, fisiologicamente e spiritualmente, gli esseri umani sono fatti per interagire con l'ambiente naturale nel dare senso alla vita.

La relazione con la natura genera uno slancio vitale, un'attivazione corporea, suscita emozioni positive, una riduzione del livello di stress, un recupero delle capacità di attenzione e concentrazione e un'attivazione cognitiva. Essa stimola, inoltre, l'immaginazione e la creatività, rinforza l'autostima, la socializzazione e contribuisce a sviluppare una visione del senso della vita, mettendo l'Essere in rapporto ed in equilibrio con gli altri elementi dell'universo. Queste dinamiche istintuali sono relativamente indipendenti dalle capacità intellettuali e dal retroterra culturale, vivono a lungo nell'interiorità della persona e possono essere attivate indipendentemente dalla patologia di cui soffre^[6].

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati

■ Processi fisici :

- coinvolgimento muscolo scheletrico: tono, trofismo, forza muscolare, flessibilità articolare, coordinazione motoria, motricità fine, capacità respiratorie;
- coinvolgimento cardiovascolare: frequenza cardiaca, pressione arteriosa, rete venosa ed arteriosa, trofismo cutaneo;
- coinvolgimento sensoriale: vista, udito, olfatto, gusto, tatto, propriocezione, equilibrio, orientamento spazio-temporale, esposizione alla luce naturale, regolazione dei ritmi circadiani, sonno veglia, regolazione dell'appetito, aumento della vitamina D, regolazione del tono dell'umore, rinforzo immunitario.

■ Processi cognitivi: reminescenza e attivazione della memoria episodica, semantica, procedurale e memoria culturale, stimolazione emotiva, capacità di raccontare e raccontarsi, immaginazione e metafora, programmazione psicomotoria.

■ Processi psicologici e comportamentali: autonomia funzionale, capacità di adattamento al contesto, autostima, espressione delle emozioni, comunicazione.

■ Processi sociali: apertura, ascolto, fiducia, disponibilità allo scambio, interazioni sociali, accettazione della diversità, qualità della vita e dignità.

ORTOTERAPIA

B. Correlati neurophysiologiques

La varietà delle stimolazioni sensoriali derivanti dall'interazione con il mondo della Natura favorisce l'attivazione cerebrale e la regolazione del tono muscolare, sotto il controllo del tronco encefalico. La stimolazione dei centri della memoria e delle emozioni induce un'impressione di familiarità e adattamento a questo ambiente. Questo stato di attivazione stimola le capacità cognitive e le capacità di regolazione comportamentali.

La capacità di regolare i livelli dello stress abbassa i livelli di cortisolo. L'inibizione del sistema simpatico riduce i livelli di catecolamine (tramite l'azione sul sistema cardiovascolare). L'azione sulle vie serotoninergiche rinforza ulteriormente i benefici della regolazione dello stress sul sistema immunitario. La modulazione del tono dell'umore facilita l'espressione delle emozioni, che sono pilastri della comunicazione.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Una metanalisi della letteratura scientifica degli ultimi 20 anni ha valutato l'efficacia dell'ortoterapia sul declino cognitivo, sul livello di agitazione, sulle emozioni positive e sul livello di coinvolgimento della persona. I risultati indicano che c'è una differenza significativa quando le persone partecipano a un programma di vera e propria ortoterapia strutturata, mentre non ci sono risultati significativi sull'agitazione e sull'espressione delle emozioni quando si tratta di un'attività con le piante a puro scopo ornamentale^[7].

Una seconda revisione della letteratura su 23 articoli, 8 dei quali sono già metanalisi, ha riscontrato efficacia significativa di un programma di ortoterapia nel ridurre il livello di agitazione della persona. L'effetto è particolarmente significativo (+45%) anche sulla percezione soggettiva di impegno e di coinvolgimento nell'attività^[8].

Nel 2022, una revisione sistematica ha riunito 14 studi (4 studi randomizzati controllati e 10 studi quasi sperimentali) che hanno coinvolto 411 persone affette dalla malattia di Alzheimer o un'altra forma di demenza: i risultati indicano differenze significative nell'efficacia dell'ortoterapia sul funzionamento cognitivo, sull'agitazione, sulle emozioni positive esperite e sul livello di coinvolgimento^[7] della persona.

Uno studio pilota controllato randomizzato ha studiato la fattibilità e gli effetti dell'ortoterapia sull'apatia nei residenti delle case di cura che vivono con il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza. Non solo è possibile offrire un programma di attività di ortoterapia dedicato ai residenti, ma è anche stato dimostrato come efficace. Il programma ha ridotto significativamente l'apatia e stimolato la funzionalità cognitiva, sebbene non sia stato possibile confermare gli effetti sulla qualità della vita e sulla abilità funzionali^[9].

Ad oggi non abbiamo studi sufficienti sul rapporto costi-benefici dell'ortoterapia.

APPLICAZIONI E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o competenze necessarie per attuare l'intervento

Sarebbe necessaria una doppia competenza: una formazione e/o una consapevolezza sulle caratteristiche della malattia di Alzheimer sono necessarie e raccomandate. Si noti che nessun programma in Francia rilascia un diploma in ortoterapia. Tuttavia, gli operatori possono accedere a utili conoscenze attraverso la formazione continua (vedi la pagina delle risorse e della formazione del sito web della Federazione francese di giardini, natura e salute: <https://f-f-jardins-nature-sante.org/formations>). Negli Stati Uniti, in Giappone e in diversi paesi europei sono presenti corsi o certificazioni in ortoterapia.

Ortoterapeuta: operatore di tutte le categorie professionali formato ai benefici delle terapie attraverso il rapporto con la natura, i giardini terapeutici, le attività ortoterapeutiche, il giardinaggio e l'orticoltura.

Giardiniere: mediatore, animatore ed ortoterapeuta, professionista nel giardinaggio e del paesaggio, formato nella cura e nel sostegno di persone fragili, che possano trarre benefici dalle terapie che prevedono una relazione con l'ambiente naturale, come i giardini terapeutici e l'ortoterapia.

Nel 2020, il Lycée de l'Horticulture et du Paysage di Brive-Voulezac (19) ha creato una specializzazione in Mediatore Giardiniere. Questo titolo professionale si basa sull'acquisizione di quattro competenze: Progettare – Creare – Gestire/Animare il paesaggio ed i suoi utilizzi a finalità sociale e/o terapeutiche – promuovere l'Agroecologia, ossia la Solidarietà tra le forme di vita.

Nel 2023, presso l'Università Jean Monnet di Saint-Etienne, si è svolto un primo incontro pubblico sul tema: Salute e Giardini: prendersi cura attraverso il rapporto con la natura. L'intenzione era di contribuire allo sviluppo di giardini terapeutici nelle istituzioni sanitarie e medico-sociali, aumentare la consapevolezza dell'orticoltura e della pet therapy come interventi complementari non farmacologici e sviluppare giardini della salute e giardini terapeutici nel territorio.

ORTOTERAPIA

B. Consigli pratici e applicazioni cliniche

INTENZIONI TERAPEUTICHE	INTENZIONI RICREATIVE
Profilo dei partecipanti Persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi. Il professionista andrà ad adattare l'attività al profilo della persona, alla condizione clinica, alle aspettative dell'intervento, se realistiche.	Persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi. Persone che aderiscono volontariamente o persone in cui la storia di vita pregressa porta a pensare che tale attività possa essere particolarmente gradita.
Indicazioni ■ Riabilitazione fisica globale: muscoloscheletrica, cardiovascolare, trofica, respiratoria, sensoriale, dell'appetito, della qualità del sonno, prevenzione delle cadute. ■ Attivazione cognitiva: reminescenza, stimolazione della memoria, del linguaggio, della capacità di programmazione e di esecuzione, prassie, orientamento spaziotemporale, propriocezione. ■ Disturbi psicologici e comportamentali: ansia, autoisolamento, depressione, insonnia, agitazione, wandering, aggressività.	Le sedute di ortoterapia possono essere indicate a fini ricreativi se lo scopo desiderato è regolare i livelli di stress^[9], riposarsi dopo uno sforzo cognitivo^[10], distrarre, provare emozioni positive, favorire un senso di evasione e di familiarità con luoghi promotori di benessere.
Controindicazioni ■ Assenza di vaccinazione antitetanica. ■ Asma allergica non controllata o grave.	Gli stessi. Un rischio elevato di caduta necessita la presenza di un accompagnatore o di un sostegno adeguato durante l'uscita in giardino.
Persone coinvolte Ortiterapeuta, giardiniere mediatore, operatori sociosanitari sensibili all'ortoterapia. In una seduta individuale, l'ortiterapeuta interviene da solo. In una sessione di gruppo, può essere assistito da un operatore formato. In residenza, quando c'è un giardino terapeutico, il giardiniere-mediatore prepara l'attrezzatura e il sito dell'intervento ed assiste l'ortiterapeuta durante il suo intervento.	Per una passeggiata ricreativa e piacevole in giardino, l'intervento può essere fatto individualmente o in gruppo. Il giardiniere-mediatore accoglie, accompagna nella passeggiata e fa scoprire il giardino. Se il gruppo supera le due persone, può essere opportuno un accompagnatore.

INTENZIONI TERAPEUTICHE	INTENZIONI RICREATIVE
Contesto In Residenza, Istituto, a domicilio della persona o presso i professionisti: ■ In un giardino attrezzato, una terrazza, una serra o una sala attrezzata. ■ Al capezzale della persona, su un davanzale. ■ In sicurezza e comfort ambientale (con i dovuti accorgimenti). ■ Con attrezzatura adeguata: utensili, fioriera rialzata, vassoi tavoli o carrelli per il rinvaso.	Un giardino, una terrazza, un patio, un interno.
Frequenza ■ Sedute individuali o in piccoli gruppi di 5 o 6 partecipanti. ■ Periodo : tutto l'anno. ■ Frequenza: almeno due volte a settimana. Idealmente ogni giorno. ■ Durata: minuti in individuale, un ora e mezza in gruppo.	Idem.
Svolgimento delle sessioni Nella migliore delle ipotesi: passeggiare per il giardino, osservare le piante, risvegliare i sensi, osservare le reazioni. È necessario essere attenti, nell'interazione con la persona, proponendo un'attività di giardinaggio semplice, fattibile e rilassante, o calibrata agli scopi. Ad esempio: dare da bere alle piante è un'attività generalmente apprezzata e rilassante. Possono essere offerti workshop più strutturati^[11]. <i>Ma si raccomanda di adattare sempre l'attività proposta alla situazione specifica e incoraggiare a mantenere la durata della sessione sufficiente a garantire un'effettiva esposizione alla natura.</i>	Anche un'uscita ricreativa trae beneficio sempre della presenza di un mediatore.
Incentivare la presenza Per ogni caso specifico si possono concordare le condizioni minime per ottenere un risultato efficace. Esempio: per la diminuzione dell'agitazione e dell'aggressività, si consiglia una passeggiata in giardino 2 volte al giorno per 30 minuti o l'esposizione alla luce naturale di una veranda al mattino per 1 ora.	Non specificato.
Valutazione L'ortiterapeuta deve saper valutare le capacità della persona e adattare di conseguenza le attività che gli propone. Le valutazioni delle sessioni dipendono dagli obiettivi iniziali. Vengono eseguiti sia dall'ortiterapeuta che dallo staff assistenziale sia durante, che alla fine del programma. Misurazioni fisiche: battito cardiaco e pressione sanguigna all'inizio e alla fine della sessione. Scale di valutazione del benessere percepito. Disturbi comportamentali con scale quali l'Inventario Neuropsichiatrico (NPI) versione breve (NPI-ridotto) e la versione caregiver (NPI-ES). Qualità della vita con il questionario QoL-AD pre e post intervento.	Non specificato.

ORTOTERAPIA

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Pélissier, J. (2017). *Jardins thérapeutiques et hortithérapie*, Dunod.
- Lebay, P. (2022). *Créer un jardin de soins : du projet à la réalisation*, Terre Vivante.
- Fédération française Jardins, Nature et Santé : jardins thérapeutiques, hortithérapie et écothérapies : <https://f-f-jardins-nature-sante.org>
- Le bonheur est dans le jardin : <https://lebonheuredanslejardin.org>
- Association Jardins & Santé : <http://www.jardins-sante.org>

SUGLI AUTORI

France CRIOU è consulente in giardini terapeutici, programmi di orticoltura ed ecoterapie. Dottoressa in medicina e architetto paesaggista, laureata in fenomenologia psichiatrica ed è membro attivo della Federazione francese dei giardini, della natura e della salute, di cui è stata segretaria da aprile 2018 ad aprile 2021.

Isabelle BOUCQ è una psicologa e membro attivo della Federazione francese dei giardini, della natura e della salute, di cui è stata presidentessa da aprile 2018 ad aprile 2021.

PUNTI CHIAVE

- L'intervento è utile per la riabilitazione fisica, il mantenimento delle risorse cognitive o la gestione dei sintomi psicologici e comportamentali.
- Questo intervento attiva i processi fisici, cognitivi, psicologici e sociali.
- Gli effetti osservati sono un miglioramento della salute fisica in generale, un rallentamento del declino cognitivo, una diminuzione dell'agitazione, un senso di benessere, l'espressione di emozioni positive e la soddisfazione di impegnarsi in attività legate alla natura.
- In gruppo, da soli o con il caregiver/operatore.
- Per tutte le persone che vivono con il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, indipendentemente dallo stadio della malattia.



Riferimenti

- [1] Hazen, T. (2013). Horticultural therapy and healthcare garden design. In C. C. Marcus & N. A. Sachs (Eds.), *Therapeutic Landscapes: An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces* (pp. 250–260). John Wiley & Sons.
- [2] Haller, R. L., Kennedy, K. L., & Capra, C. L. (2019). *The profession and practice of horticultural therapy*. Boca Raton: CRC Press.
- [3] Pollock, A., & Marshall, M. (2012). *Designing outdoor spaces for people with Dementia*. HammondCare.
- [4] Gonzalez, M. T., & Kirkevold, M. (2014). Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. *Journal of clinical nursing*, 23(19-20), 2698–2715.
- [5] Kellert, S. R., & Wilson, E. O. (1993). *The biophilia hypothesis*. Island Press.
- [6] Pringuey-Criou, F. (2015). Introduction au concept de jardins de soins en psychiatrie. *L'Encéphale*, 41(5), 454-459.
- [7] Zhao, Y., Liu, Y., & Wang, Z. (2020). Effectiveness of horticultural therapy in people with dementia: A quantitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(13-14), 1983–1997.
- [8] Lu, L. C., Lan, S. H., Hsieh, Y. P., Yen, Y. Y., Chen, J. C., & Lan, S. J. (2020). Horticultural Therapy in Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 35, 1533317519883498.
- [9] Yang, Y., Kwan, R. Y., Zhai, H. M., Xiong, Y., Zhao, T., Fang, K. L., & Zhang, H. Q. (2022). Effect of horticultural therapy on apathy in nursing home residents with dementia: a pilot randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 26(4), 745-753.
- [10] Ulrich, R.S., Simons, R.F., Losito, B.D., Fiorito, E., Miles, M.A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.
- [11] Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. CUP Archive.
- [12] Tu, P. C., Cheng, W. C., Hou, P. C., & Chang, Y. S. (2020). Effects of Types of Horticultural Activity on the Physical and Mental State of Elderly Individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5225.



INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI

Attività assistite con gli animali (AAA)

Terapia assistita con gli animali (TAA) – Interventi educativi con gli animali (EAA)

Coaching assistito con gli animali (CAA).

PRESENTAZIONE

A. Definizione

Gli interventi assistiti con gli animali (IAA) o i servizi assistiti con gli animali (AAS), come recentemente proposto a livello internazionale^[1] sono messi in atto dalla diade uomo-animale addestrato, volti a migliorare la qualità della vita di persone fragili come le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi.

L'attività assistita con gli animali (AAA) si fonda su interazioni informali o visite guidate condotte da un volontario e dal suo animale, con obiettivi motivazionali, educativi o ricreativi. L'addetto, con il suo animale, deve aver ricevuto almeno una formazione iniziale con una valutazione della capacità di gestire queste visite informali. All'addetto, con il suo animale, può anche essere richiesto di lavorare direttamente e formalmente con un professionista della salute, dell'istruzione o dell'assistenza sociosanitaria, con obiettivi specifici e documentati. In questo caso, si definiscono «terapie assistite da animali» o «educazione assistita da animali» svolte da professionisti^[2].

La terapia assistita con gli animali (TAA) è un intervento terapeutico pianificato e strutturato, orientato agli obiettivi, diretto e/o erogato da professionisti della salute, dell'educazione e dei servizi sociali. I progressi dell'intervento sono misurati e inclusi nella letteratura professionale e l'animale è opportunamente addestrato a tale scopo. La TAA è svolta e/o diretta da un professionista le cui competenze sono riconosciute (qualifica, diploma, competenze, abilitazione all'esercizio della professione o equivalenti) nell'ambito della sua pratica professionale. Il TAA si concentra sul miglioramento del funzionamento fisico, cognitivo, comportamentale e/o socio-emotivo del beneficiario, sia nell'intervento individuale che di gruppo^[2].

L'educazione assistita con gli animali (EAA) è un trattamento recente in cui partecipano insegnanti, psicologi scolastici o logopedisti appositamente formati a scopi pedagogici.

Il coaching/counselling assistito dagli animali (CAA) è un settore che offre interventi nel contesto del burnout, del trauma psicologico o del potenziamento delle life skills.

Nel caso dell'assistenza e del sostegno agli anziani, vengono messi in pratica principalmente AAA e TAA.

B. Fondamenti teorici

L'ambito degli interventi assistiti (IAA) con gli animali si sta sviluppando rapidamente. Si tratta di interventi innovativi, non invasivi e pratici volti a motivare, attivare, distrarre, migliorare l'umore, rilassare e aumentare l'interazione sociale sia in un contesto di animazione, che nell'ambito di indicazione terapeutiche.

INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati

Gli IIA hanno un impatto sul funzionamento psicologico, fisico e sociale. Hanno un effetto positivo sul funzionamento cognitivo, sull'attenzione «al momento presente», o sull'umore^[3], sul funzionamento fisico, come il miglioramento dell'attivazione motoria o dell'equilibrio^[4-5], e sul funzionamento sociale, stimolando la comunicazione e l'inclusione sociale^[6]. Poiché gli IIA sono orientati più all'esperienza fisica che a quella verbale, sono considerati una buona opportunità per le persone che hanno difficoltà a comunicare verbalmente. Questi interventi hanno dimostrato efficacia nel ridurre lo stress psicologico, l'umore depresso, l'aggressività, il dolore e promuovere la fiducia, la calma, la motivazione e la concentrazione. L'interazione fisica con l'animale, il prendersi cura di lui, promuovono la stimolazione di ossitocina, che rinforza l'attaccamento e il comportamento empatico^[7]. L'esperienza corporea negli IAA (che coinvolge tutti i sensi) così come il comportamento non giudicante e autentico dell'animale creano un senso di sicurezza, uno stato di rilassamento, gioia, distrazione e una forma di sostegno^[8]. Le teorie alla base delle interazioni uomo-animale si basano su processi relazionali come la sincronia, l'armonizzazione, l'attaccamento, il supporto sociale e la biofilia. Processi neurobiologici/fisiologici simili si verificano in tutte le interazioni, nell'uomo con animale, così come quelle tra esseri umani.

- Processi fisici: motricità fine, equilibrio, coordinazione dei movimenti, integrazione sensomotora (ad esempio, camminare con l'animale, giocare o tendere la mano all'animale).
- Processi cognitivi: attenzione, concentrazione, stimolazione sensoriale, armonizzazione e sincronizzazione con la diade uomo-animale, reminiscenza.
- Processi comportamentali: espressione verbale e non verbale delle emozioni, aumento dei livelli di attività, rilassamento, iniziativa.
- Processi sociali: interazioni sociali, inclusione sociale.
- Processi neurobiologici/fisiologici: rilascio di ossitocina, diminuzione del livello di stress (cortisolo), effetto regolatore sulla pressione sanguigna e sulla frequenza cardiaca.

B. Correlati neurofisiologici

Si è notato il ruolo di alcune sostanze neurochimiche nell'interazione interspecie (umana e animale): beta-endorfine, ossitocina, prolattina, beta-feniletilamina e dopamina aumentano in entrambe le specie dopo un'interazione positiva, nell'uomo inoltre diminuiscono le concentrazioni di cortisolo^[9]. Griffioen et al^[10] hanno osservato variazioni nel livello di cortisolo e nella variabilità della frequenza cardiaca nei bambini con sindrome di Down e nei bambini con disturbo dello spettro autistico durante la terapia assistita da cani^[10]. Durante una sessione di IAA negli adulti con disturbo dello spettro autistico, si è riscontrata una sensibile riduzione del livello di stress, ed una conseguente riduzione significativa dei livelli di cortisolo^[11]. Ad oggi, non sembra esserci letteratura sui correlati neurofisiologici degli IIA nelle persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neuro-cognitivi.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Negli ultimi decenni, la ricerca nel campo delle IIA si è concentrata sulla qualità della vita dei residenti delle case di cura, in particolare per le persone che vivono con il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza. Un numero crescente di studi ha documentato alcuni benefici su indicatori come l'interazione sociale, la flessione dell'umore e i sintomi psicologici e comportamentali^[12]. In studi più recenti, condotti con un approccio scientifico basato sulle evidenze, sono stati riportati effetti positivi su agitazione, depressione, qualità della vita e sull'equilibrio^[3,4; 13-16].

Gli IAA possono essere di grande supporto nel caso dell'assistenza agli anziani, una riduzione dell'agitazione delle persone residenti in Istituto è infatti di giovamento per l'intero nucleo/reparto e riduce il carico di lavoro dei professionisti (riducendo il rischio di burnout). L'intervento non farmacologico consente, inoltre, di ridurre il costo per i farmaci, ma soprattutto previene la iatrogenicità correlata all'eccesso di terapia farmacologica (ad esempio: episodi confusionali, delirium). Tuttavia, non è stata ancora studiata in modo approfondito il rapporto costi benefici degli interventi IIA per le persone che vivono in case di cura con malattia di Alzheimer o altri disturbi neuro-cognitivi.

APPLICAZIONI E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e conoscenze richieste per gestire l'intervento

Gli operatori degli IAA devono essere qualificati e certificati, ben formati nella loro professione, avere conoscenze specifiche nel campo delle malattie neurodegenerative ed essere formati per quanto riguarda l'animale interessato (etologia, etica, benessere animale, ecc.). Gli IAA possono aumentare la motivazione e la compliance negli anziani a partecipare alle terapie proposte quali la fisioterapia, la psicoterapia o la terapia occupazionale. Possono rappresentare un'attività rilassante e divertente, che permette di migliorare la vita quotidiana degli anziani sia all'interno delle case di cura che nel territorio.

Le specie animali coinvolti negli IAA sono numerose: cani, cavalli, asini, gatti, criceti, conigli, galline, ecc. L'animale deve essere seguito con periodici controlli di un comportamentista animale (che si occupa del comportamento animale, dell'interazione tra l'animale e il professionista e del benessere dell'animale) e da un veterinario (salute fisica dell'animale e rischi di trasmissibilità di malattie da animale all'uomo).

I professionisti interessati devono inoltre essere aggiornati nella loro pratica e nelle loro conoscenze e beneficiare di un'adeguata supervisione. Quando gli IAA vengono eseguiti in strutture sanitarie e strutture assistenziali, devono essere presentati e discussi i protocolli di igiene e sicurezza con i comitati sanitari e/o di controllo delle infezioni nosocomiali.

■ ■ ■

INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

TERAPIA ASSISTITA CON GLI ANIMALI	ATTIVITÀ ASSISTITA CON GLI ANIMALI
Profilo dei partecipanti P Persone che vivono con malattia di Alzheimer, o altre forme di deterioramento cognitivo che amano interagire con gli animali.	Idem.
Indicazioni Riabilitazione motoria: esercizi assistiti da animali con un fisioterapista (motricità fine, deambulazione, equilibrio) o con un terapeuta psicomotricista (per migliorare la coordinazione motoria). Riabilitazione cognitiva: sedute assistite da animali con un neuropsicologo per migliorare il funzionamento cognitivo (reminiscenza, attivazione). Riabilitazione Psicologica: seduta di interazione animale accompagnata da uno psicologo (per migliorare l'umore, ridurre la solitudine).	Per il tempo libero. Per il relax. Per l'attivazione. Per distrazione. Per il gioco. Per la reminiscenza. Per divertirsi. Per rinforzare l'inclusione sociale.
Controindicazioni Allergie. Paura degli animali e/o traumi con gli animali in passato. Comportamento aggressivo nei confronti degli animali nel presente o agito nel passato. Grave deterioramento cognitivo o disturbi psichiatrici gravi concomitanti (ad esempio, allucinazioni).	Idem.

TERAPIA ASSISTITA CON GLI ANIMALI

Contributi professionali

Le figure professionali come medici, (neuro)psicologi, fisioterapisti, psicomotricisti, infermieri, che lavorano con o senza il proprietario dell'animale devono essere formati e certificati per poter lavorare con l'animale negli IIA. L'animale deve appartenere al terapeuta o a un'organizzazione di cui egli fa parte ed essere appositamente addestrato per essere certificato come «mediatore».

Contesto d'intervento

Il tipo di stanza/luogo aperto dipende dalla disciplina specifica del terapeuta che gestisce l'intervento terapeutico. E' opportuno che ci sia un luogo sicuro per il riposo dell'animale, acqua in modo che possa idratarsi, misure e protocolli di salute e sicurezza, pavimento non scivoloso.

Frequenza

1 sessione settimanale, di durata fino a 45 minuti da portare avanti fino al raggiungimento dell'obiettivo.

Svolgimento delle sessioni

Sessioni individuali o in piccolo gruppo (3 partecipanti).

Incentivare la presenza

Il terapeuta valuterà ogni sessione e seguirà il piano di trattamento. Si raccomanda di rispettare la volontà di non partecipare a una sessione e/o al trattamento.

Valutazione

Chi conduce le attività e gli animali coinvolti (formazione adeguata, salute, attitudini) devono essere valutati con cura. Per i partecipanti va considerata la loro espressione di affetto per gli animali, la mancanza di una storia di traumi o abusi sugli animali e la loro capacità di gestire gli animali in sicurezza..

ATTIVITÀ ASSISTITA CON GLI ANIMALI

Staff formati e certificati in attività assistite con gli animali.

Un luogo tranquillo, facilmente accessibile a sedie a rotelle e deambulatori, pavimento non scivoloso; spazio sufficiente per giocare e interagire con l'animale; misure e i protocolli di sicurezza, un posto sicuro dove l'animale possa riposare e una ciotola d'acqua perché possa idratarsi.

Da 1 a 2 sessioni settimanali della durata di 15-20 minuti per sessioni individuali; tra i 30 e i 45 minuti per le sessioni di gruppo. Per le sessioni di gruppo, è opportuno non superare i 5-8 partecipanti.

Se possibile, due volte a settimana. Una sessione di AAA avrà sarà più efficace se svolta due volte a settimana che una volta. Se possibile, protratta almeno da 12 a 16 settimane (più lungo è il programma, più è efficace).

Chi gestisce un'AAA osserva ciò che accade durante la sessione e registra gli elementi d'interesse (es. le interazioni), in modo da poter trarre dalle esperienze con i partecipanti informazioni utili per la sessione successiva. La volontà di non partecipare a una sessione deve essere rispettata.

Idem.

INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Association internationale des organisations d'interaction homme-animal : <https://iahaio.org/>
- Fondation Adrienne et Pierre Sommer : <https://fondation-apsommer.org/>
- Société internationale de thérapie assistée par l'animal : <https://isaat.org/>
- Interventions assistées par les animaux : Société pour l'étude des animaux de compagnie (SCAS ; The Society for Companion Animal Studies) : <http://www.scas.org.uk>
- Code pratique de la SCAS (en Anglais) : <http://www.scas.org.uk/wp-content/uploads/2019/08/SCAS-AAI-Code-of-Practice-August-2019.pdf>
- Organisation internationale des interventions assistées par l'animal (AAI, Animal Assisted Intervention International) – Normes générales de pratique : <https://aai-int.org/aai/standards-of-practice/>
- Kohler, R. (2011). *Etat des lieux de La Médiation Animale dans les maisons de retraite : de la théorie vers la conception d'un cahier des charges*. Robert Kohler.
- Institut français de zoothérapie : <https://www.institutfrancaisdezootherapie.com>
- Beiger, F., & Dibou, G. (2017). *La zoothérapie auprès des personnes âgées : une pratique professionnelle*. Dunod.

SULL'AUTORE

Marie-Jose ENDERS-SLEGERS, Professoressa Emerita, Dottoranda in Psicologia, è una psicologa della salute. Lavora nel campo del legame uomo-animale e degli interventi assistiti dagli animali presso la Libera Università dei Paesi Bassi. È presidentessa dell'Associazione internazionale delle organizzazioni per l'interazione uomo-animale (IAHAIO).

PUNTI CHIAVE

- Stimolare e migliorare le capacità fisiche, cognitive e psicologiche.
- Questi interventi coinvolgono processi fisici, cognitivi e sociali.
- Gli effetti osservati sono un aumento delle interazioni sociali, un miglioramento della qualità della vita, miglioramento dell'equilibrio e diminuzione dei sintomi psicologici e comportamentali.
- In gruppo o individualmente.
- Per le persone che vivono con malattia di Alzheimer o altre forme di demenza, in stadi lievi e moderatamente gravi e che amano gli animali.



Riferimenti

- [1] Johnson, A. et al. (2023). *Recommendations for uniform terminology in Animal-Assisted Services*. Under review *Human-Animal Interactions*.
- [2] Jegatheesan, B., Beetz, A., Ormerod, E., Johnson, R., Fine, A., Yamazaki, K., Duzik, C., Garcia, R.M., & Choi, G. (2014). IAHAIO Whitepaper 2014 (updated for 2018). *The IAHAIO Definitions for Animal Assisted Intervention and Guidelines for Wellness of Animals Involved in AAI*.
- [3] Wesenberg, S., Mueller, C., Nestmann, F., & Holthoff-Detto, V. (2019). Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia. *Psychogeriatrics*, 19(3), 219-227.
- [4] Friedmann, E., Galik, E., Thomas, S. A., Hall, P. S., Chung, S. Y., & McCune, S. (2014). Evaluation of a Pet-Assisted Living Intervention for Improving Functional Status in Assisted Living Residents With Mild to Moderate Cognitive Impairment: A Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(3), 276-289.
- [5] Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., & Ihlebæk, C. (2016). Effect of animal-assisted activity on balance and quality of life in home-dwelling persons with dementia. *Geriatric Nursing*, 37(4), 284-291.
- [6] Enders-Slegers, M.-J., & Hediger, K. (2019). Pet Ownership and Human-Animal Interaction in an Aging Population: Rewards and Challenges. *Anthrozoös*, 32(2), 255-265.
- [7] Beetz, A. M. (2017). Theories and possible processes of action in animal assisted interventions. *Applied Developmental Science*, 21(2), 139-149.
- [8] Verheggen, T., Enders-Slegers, M.-J., & Eshuis, J. (2017). Enactive Anthrozoology Toward an integrative theoretical model for understanding the therapeutic relationships between humans and animals. *Human-Animal Interaction Bulletin*, 5(2), 13-35.
- [9] Odendaal, J. S. J., & Meintjes, R. A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behavior between humans and dogs. *Veterinary Journal*, 165(3), 296-301.
- [10] Griffioen, R. E., van Boxtel, G. J., Verheggen, T., Enders-Slegers, M. J., & Van Der Steen, S. (2023). Group Changes in Cortisol and Heart Rate Variability of Children with Down Syndrome and Children with Autism Spectrum Disorder during Dog-Assisted Therapy. *Children*, 10(7), 1200.
- [11] Wijker, C., Kupper, N., Leontjevas, R., Spek, A., & Enders-Slegers, M. J. (2021). The effects of Animal Assisted Therapy on autonomic and endocrine activity in adults with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 72, 36-44.
- [12] Nordgren, L., & Engström, G. (2014). Animal-Assisted Intervention in Dementia: Effects on Quality of Life. *Clinical Nursing Research*, 23(1), 7-19.
- [13] Bernabei, V., De Ronchi, D., La Ferla, T., Moretti, F., Tonelli, L., Ferrari, B., Forlani, M., & Atti, A. R. (2013). Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: A review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(6), 762-773.
- [14] Hu, M., Zhang, P., Leng, M., Li, C., & Chen, L. (2018). Animal-assisted intervention for individuals with cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials and quasi-randomized, controlled trials. *Psychiatry Research*, 260, 418-427.
- [15] Peluso, S., De Rosa, A., De Lucia, N., Antenora, A., Illario, M., Esposito, M., & De Michele, G., (2018). Animal-Assisted Therapy in Elderly Patients: Evidence and Controversies in Dementia and Psychiatric Disorders and Future Perspectives in Other Neurological Diseases. *Journal of geriatric, psychiatry, and neurology*, 31(3), 149-157.
- [16] Yakimicki, M.L., Edwards, N.E., Richards, E., & Beck, A.M. (2019). Animal-Assisted Intervention, and Dementia: A Systematic Review. *Clinical nursing research*, 28(1), 9-29.



INTERVENTI BASATI SULLA DANZA

Danzaterapia – Terapia attraverso la danza ed il movimento

Psicomotricità con traverso la danza

Psicoterapia attraverso la danza ed il movimento

PRESENTAZIONE

A. Definizione

Secondo l'Associazione di Psicoterapia del Movimento Danza (ADMP), l'uso psicoterapeutico del movimento e della danza consente ai partecipanti all'intervento di impegnarsi in modo creativo in un processo nato per promuovere l'integrazione emotiva, cognitiva, fisica, sociale e spirituale del sé.

Questo intervento si basa sul principio che il movimento è una forma di espressione di pensieri e sentimenti. Identificando, riconoscendo e accompagnando i movimenti del partecipante, il terapeuta incoraggia lo sviluppo e l'integrazione di nuovi modelli di movimento sintonici all'esperienza emotiva della persona ^[1].

B. Fondamenti teorici

La danzaterapia è una delle quattro principali discipline dell'arteterapia (arti visive, musicoterapia, teatroterapia o poesia-terapia). La danza come terapia è apparsa nel 1942 negli Stati Uniti^[2].

Si tratta di un'attività multimodale che coinvolge le capacità motorie, cognitive, sensoriali e sensomotorie, nonché le abilità emotive e sociali^[3].

Un numero crescente di ricerche mostra che le arti creative e l'esercizio fisico hanno il potenziale di ridurre gli effetti della disabilità, migliorare le interazioni sociali e rallentare la progressione del morbo di Alzheimer o altre forme di demenza^[4].

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati^[1] ; 5]

- Processi fisici: capacità motorie, equilibrio, deambulazione, coordinazione motoria, integrazione fisica e sensomotoria.
- Processi cognitivi: attenzione, coordinazione visuomotoria, orientamento nello spazio e nel tempo, apprendimento di abilità motorie o sequenze, stimolazione sensoriale, creatività.
- Processi psicologici, simbolici e metaforici: immagine corporea, espressione di sé (comunicazione verbale e non verbale), autoconsapevolezza, creatività, meditazione, rilassamento, espressione di emozioni cosce e inconse, accesso a sentimenti inconsci e/o difficili.
- Processi sociali: interazioni sociali, inclusione sociale.

Nella scelta degli stili musicali e della danza devono essere presi in considerazione gli aspetti culturali pregressi dei potenziali partecipanti. I processi sopra elencati saranno più o meno intensi in base alla qualità della relazione tra il terapeuta e la persona che riceve l'intervento.

INTERVENTI BASATI SULLA DANZA

B. Correlati neurofisiologici

Le aree cerebrali attivate dalla danza sono le stesse che vengono attivate anche nelle attività sensomotorie di base^[6]. Secondo la letteratura scientifica, la danza aiuta a ridurre lo stress psicologico, ad aumentare i livelli di serotonina, l'ormone del benessere, e a sviluppare nuove connessioni neurali, soprattutto nelle aree cerebrali coinvolte nelle funzioni esecutive, nella memoria a lungo termine e nel riconoscimento spaziale^[7].

Tramite le neuroimmagini si sono potute evidenziare le zone cerebrali che vengono attivate nell'apprendimento e nell'esecuzione della danza: corteccia motoria (pianificazione, controllo ed esecuzione di movimenti volontari), corteccia somatosensoriale (controllo motorio e coordinazione visuo-motoria), gangli della base (coordinazione dei movimenti) e cervelletto (integrazione e pianificazione delle azioni motorie)^[7]. La danza stimola la comunicazione tra i due emisferi cerebrali^[8], suggerendo una migliore elaborazione delle informazioni. Attività come imparare a ballare e/o danzare come attività riabilitativa sono associate al favorire la plasticità neuronale a lungo termine negli anziani^[9-10-11].

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

È stato dimostrato che la danza, utilizzata come intervento non farmacologico, ha effetti positivi sull'equilibrio, l'andatura, il rischio di caduta, la forma fisica, la cognizione, la qualità della vita, le interazioni sociali e i sintomi psicologici e comportamentali^[12-13]. Sono necessari ulteriori studi per rinforzare le prove di efficacia di questo tipo di intervento, sebbene esistano evidenze empiriche nella letteratura scientifica (ad esempio studi di casi) e studi osservazionali^[13]. Ad oggi, non ci sono evidenze di un buon rapporto costi benefici degli interventi di danza per la prevenzione delle cadute^[14]. Saranno necessari ulteriori studi per comprovare questo risultato.

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o conoscenze richieste per gestire l'intervento

Gli interventi basati sulla danza sono facilitati da un danzaterapeuta, uno psicomotricista o uno psicoterapeuta che ha seguito un programma di formazione specifico per 2/3 anni (solitamente equivalente a un master).

In Francia, ad esempio, le competenze di danzaterapia o di interventi basati sulla danza possono essere acquisite attraverso un diploma universitario (DU) in arteterapia, scuole certificate RNCP (National Directory of Professional Certifications) o altri enti di formazione. È richiesta una conoscenza di base della psicomotricità e/o della terapia occupazionale nonché la conoscenza delle malattie neurodegenerative. Infine, si raccomandano conoscenze e competenze nella pratica dell'assistenza centrata sulla persona^[15].

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

SCOPO TERAPEUTICO	SCOPO RICREATIVO
Profilo dei partecipanti Persone con malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi.	Aperto a tutti.
Indicazioni ■ Riabilitazione motoria: deambulazione, mobilità funzionale, equilibrio, rischio di caduta. ■ Riabilitazione cognitiva: memoria, funzioni esecutive, capacità motorie. ■ Salute psicologica: interazione sociale, umore, qualità della vita, ritiro sociale, ansia, depressione, agitazione. <i>Danzare, come ogni altra attività fisica, è benefico per la maggior parte delle persone, comprese le persone fragili o con capacità fisiche ridotte, anche in termini di prevenzione.</i>	Eventi conviviali, balli di gruppo, attività ricreative organizzate, eventi sociali. <i>Danzare, come ogni altra attività fisica, è benefico per la maggior parte delle persone, comprese le persone fragili o con capacità fisiche ridotte, anche in termini di prevenzione.</i>
Controindicazioni Problemi sanitari.	Idem.



INTERVENTI BASATI SULLA DANZA

SCOPO TERAPEUTICO	SCOPO RICREATIVO
Contributi professionali Danzaterapeuta, terapeuta o psicoterapeuta specializzata in danzaterapia. Anche altri professionisti della cura possono assistere il terapeuta.	Professionisti, familiari, amici.
Contesto Stanza o salone tranquillo, ambiente rilassante, ben ventilato e spazioso, pavimento non scivoloso. Bevande di ristoro e sedie a disposizione.	Ambiente con pavimento non scivoloso. Bevande di ristoro e sedie a disposizione.
Frequenza Sessioni individuali o di gruppo da 8 a 10 partecipanti. ■ Periodo: 12 settimane. ■ Frequenza: almeno due volte a settimana. ■ Durata: sessione di 30-60 minuti (media di 40 minuti).	Non specificata.
Svolgimento delle sessioni 1 Accoglienza; 2 Scaldamento; 3 Svolgimento dell'attività con esercizi e danza libera; 4 Conclusione; 5 Riposo e recupero; 6 Tempo per la discussione con i partecipanti. Il movimento può essere libero senza alcun obbligo di coordinamento tra i partecipanti. Si possono utilizzare diversi materiali a supporto dell'attività (palloncini, sciarpe, piume, campane, ecc.).	Il movimento può essere libero senza alcun obbligo di coordinamento tra i partecipanti. Si possono utilizzare diversi materiali a supporto dell'attività (palloncini, sciarpe, piume, campane, ecc.).
Incentivare la presenza Verificare che le sessioni siano adeguate per permettere ad ogni partecipante di danzare in sicurezza.	Non specificato.
Valutazione Cognizione, capacità psicomotorie, qualità e velocità della deambulazione, equilibrio, comportamento, qualità della vita (esempio di scale: Laban Motion analysis, Kestenberg Movement Profile...).	Qualità di vita, benessere, soddisfazione percepita.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Association pour la psychothérapie par la danse et le mouvement (*Association for Dance Movement Psychotherapy*): <https://admp.org.uk/>
- Wayss, J. (1997). *La danse-thérapie : histoire, techniques, théories*. Editions L'Harmattan.
- Académie de recherche en techniques éducatives corporelles : <https://www.artec-formation.fr/>
- Association française de recherches et applications des techniques artistiques en pédagogie et médecine (AFRATAPEM) : <http://art-therapie-tours.net/>
- <https://www.danse-therapie.com/>

SUGLI AUTORI

Jean-Bernard MABIRE, Dottore in Psicologia, è psicologo e neuropsicologo specializzato nell' invecchiamento, project manager presso la Fondazione Médéric Alzheimer.

Kevin CHARRAS, Dottore in Psicologia, è psicologo, direttore del Living Lab Aging and Vulnerabilities dell'Ospedale Universitario di Rennes, Presidente di Kozh Ensemble – Gérontopôle de Bretagne e ricercatore associato presso il Laboratorio di Psicologia: Cognizione, Comportamento, Comunicazione dell'Università di Rennes 2.

PUNTI CHIAVE

- Per la riabilitazione fisica, cognitiva o psicologica.
- Questi interventi attivano processi fisici, cognitivi, psicologici e sociali.
- Gli effetti osservati sono il miglioramento della deambulazione, dell'equilibrio, della abilità funzionale, della cognizione, della qualità della vita e delle interazioni sociali e una diminuzione del rischio di cadute e dei sintomi psicologici e comportamentali.
- In gruppo, da soli o con il caregiver e/o gli amici.
- Per tutte le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi, che hanno la capacità fisica di ballare, anche eventualmente da seduti.

INTERVENTI BASATI SULLA DANZA



Riferimenti

- [1] Association of Dance Movement Psychotherapy UK (ADMP UK). (2016). *What is Dance Movement Psychotherapy?* <https://admp.org.uk/>
- [2] Lelièvre, A., Tuchowski, F., & Rolland, Y. (2015). La danse, une thérapie pour la personne âgée. *Revue de la littérature. Les cahiers de l'année gériatologique*, 7(4), 177-187.
- [3] Kshtriya, S., Barnstaple, R., Rabinovich, D. B., & DeSouza, J. F. X. (2015). Dance and Aging: A Critical Review of Findings in Neuroscience. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 81-112.
- [4] Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M., & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348(25), 2508-2516.
- [5] Mabire, J.-B., Aquino, J.-P., & Charras, K. (2019). Dance interventions for people with dementia: Systematic review and practice recommendations. *International Psychogeriatrics*, 31(7), 977-987.
- [6] Brown, S., Martinez, M. J., & Parsons, L. M. (2006). The neural basis of human dance. *Cerebral cortex (New York, N.Y. : 1991)*, 16(8), 1157-1167.
- [7] Edwards, S. (2015). *Dancing and the Brain*. The Harvard Mahoney neuroscience institute letter. Harvard Medical School. <https://hms.harvard.edu/news-events/publications-archive/brain/dancing-brain>
- [8] Teixeira-Machado, L., Arida, R. M., & de Jesus Mari, J. (2019). Dance for neuroplasticity: A descriptive systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 96, 232-240.
- [9] Müller, P., Rehfeld, K., Schmicker, M., Hökelmann, A., Dordevic, M., Lessmann, V., Brigadski, T., Kaufmann, J., & Müller, N. G. (2017). Evolution of Neuroplasticity in Response to Physical Activity in Old Age: The Case for Dancing. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9, 56.
- [10] Zilidou, V. I., Frantzidis, C. A., Romanopoulou, E. D., Paraskevopoulos, E., Douka, S., & Bamidis, P. D. (2018). Functional Re-organization of Cortical Networks of Senior Citizens After a 24-Week Traditional Dance Program. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10, 422.
- [11] Rehfeld, K., Lüders, A., Hökelmann, A., Lessmann, V., Kaufmann, J., Brigadski, T., Müller, P., & Müller, N. G. (2018). Dance training is superior to repetitive physical exercise in inducing brain plasticity in the elderly. *PLoS One*, 13(7), e0196636.
- [12] Karkou, V., & Meekums, B. (2017). Dance movement therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD011022.
- [13] Charras, K., Mabire, J.-B., Bouaziz, N., Deschamps, P., Froget, B., de Malherbe, A., Rosa, S., & Aquino, J.-P. (2020). Dance intervention for people with dementia: lessons learned from a small-sample crossover explorative study. *The Arts in Psychotherapy*, 70, 101676.
- [14] Lazo Green, K., Abaraogu, U., Eastaugh, C., Beyer, F., & Todd, C. (2023). *Effectiveness of dance interventions on falls prevention in older adults: a rapid review*. NIHR Older People and Frailty Policy Research Unit. Manchester University.
- [15] Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: Personhood and well-being. *Ageing and Society*, 12, 269-287.



FOCUS SUL TANGO TERAPEUTICO

PRESENTAZIONE

Il tango terapeutico è un intervento non farmacologico basato sui principi della danzaterapia e della riabilitazione per gli anziani. Il suo obiettivo è promuovere la salute bio-psico-sociale, facendo affidamento sulle capacità residue di ogni persona. Integrando la musica, gli elementi artistici della danza e i movimenti specifici del tango, questa terapia crea un ambiente arricchente, stimolando l'espressione delle emozioni, le interazioni sociali e le abilità di percezione ed azione. Fondandosi sui principi della comunicazione non verbale, la tango-terapia può offrire uno spazio terapeutico ideale per le persone affette da demenza.

CONTESTO TEORICO

La musica, nel coinvolgimento del movimento e nella danza, attiva varie aree del cervello, tra cui la corteccia motoria e premotoria. La danza offre tutti i benefici di un'attività fisica moderata e stimola in modo continuativo la cognizione motoria, cioè l'interazione del corpo con il suo ambiente. Queste attività sono in grado di indurre cambiamenti nella struttura e nella funzione del cervello, promuovendo la neuroplasticità e migliorando le capacità cognitive e le abilità funzionali.

Il tango è un ballo che è molto apprezzata dagli anziani per la sua risonanza culturale ed emotiva. Inoltre, le caratteristiche fisiche/meccaniche dei passi di tango sono state indicate come base di un metodo di riabilitazione dell'andatura e delle abilità funzionali, che porta a mobilitare gli stessi distretti corporei che si attivano tramite la riabilitazione tradizionale.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Numerosi studi hanno evidenziato gli effetti benefici del tango sulle capacità motorie, sulla cognizione, sull'umore e sulla qualità della vita^[1-2]. Negli anziani, è stato osservato un miglioramento significativo nelle capacità di deambulazione, della mobilità funzionale e della propriocizione^[3]. Recentemente, uno studio multicentrico ha dimostrato un miglioramento significativo della qualità della vita delle persone che vivono nelle case di cura in seguito di un programma di tango seguito per tre mesi^[4]. Inoltre, uno studio controllato randomizzato ha mostrato effetti significativi sulla velocità di deambulazione nelle persone anziane che vivono con disturbi neuro-cognitivi maggiori, residenti in istituto^[5]. Tuttavia, sono necessari ulteriori indagini per comprendere meglio i meccanismi e le variabili alla base di questi effetti.

APPLICAZIONI E CONSIGLI PRATICI

Le sessioni di tango terapeutico sono supervisionate principalmente da danzaterapeuti formati in questa disciplina, oltre che nel prendersi cura di persone anziane. Anche gli operatori sanitari possono condurre queste sessioni, dopo aver completato una formazione specifica.

In Francia, ad esempio, l'Università della Borgogna offre un corso di formazione di 4 giorni, progettato per fornire le competenze necessarie per condurre laboratori di tango a scopo terapeutico.

La frequenza delle sessioni deve essere adattata in base alle condizioni di salute dei partecipanti. Si suggerisce un minimo di due sedute a settimana, della durata compresa tra i 45 e i 90 minuti, per osservare effetti significativi a livello motorio. Il periodo consigliato è di almeno tre mesi, prorogabile in base ai desideri e alle capacità dei partecipanti. Sono essenziali una stanza adatta al gruppo, una sedia per partecipante e calzature adeguate.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Formazione al tango terapeutico. Université de Bourgogne.
- La Carovana della Memoria: <https://www.youtube.com/watch?v=mywOpP8NmtY>
- Tango onlie per anziani: <http://www.abbreportages.fr/content/view/214/186/lang,french/>
- Ouvrage : Joyal, F. (2009). *Tango, corps à corps culturel: danser en tandem pour mieux vivre*. PUQ. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/tango-corps-corps-culturel-1741.html>

SUGLI AUTORI

Lucia BRACCO, Fisioterapista e medico in STAPS, è responsabile della missione educativa e insegnante presso l'Istituto di Formazione in Masso-Kinesiterapia di Montpellier.

Arrate PINTO-CARRAL, Fisioterapista e dottore in scienze della salute, è professore presso l'Università di León, in Spagna.

Daniela DA ROCHA, Fisioterapista e ballerina professionista di tango, è insegnante presso l'Università di La República, in Uruguay.

France MOUREY, Fisioterapista, è professore universitario presso l'Inserm U1093, in Cognizione, azione e plasticità sensorimotoria, Università della Borgogna.

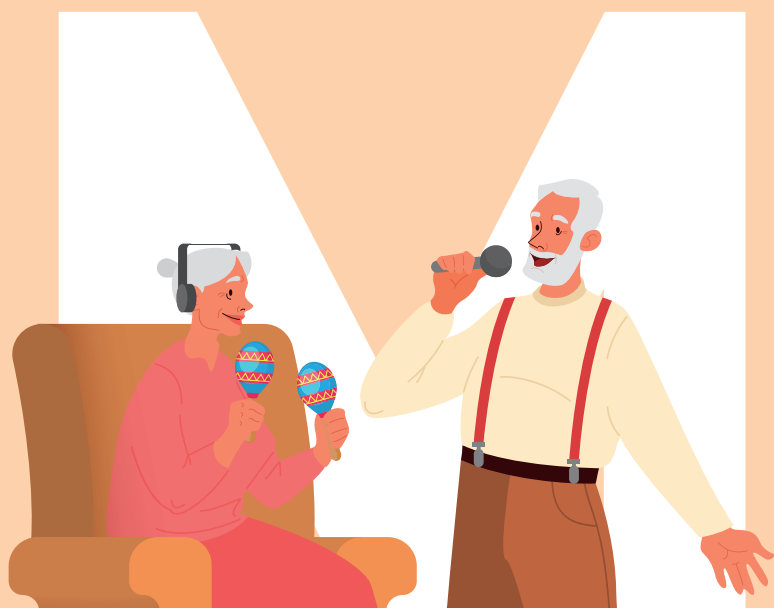
PUNTI CHIAVE

- Per mantenere e migliorare le capacità funzionali, la deambulazione, l'equilibrio.
- Provare l'emozione e il piacere di impegnarsi in un'attività significativa.
- Per rinforzare i legami sociali.
- In RSA, nei centri diurni, nel territorio o a domicilio.
- In tutte le fasi della malattia, in relazione alle capacità residue della persona.



Riferimenti

- [1] Lötze, D., Ostermann, T., & Büssing, A. (2015). Argentine tango in Parkinson disease—a systematic review and meta-analysis. *BMC neurology*, 15, 226.
- [2] Docu Axelerad, A., Stroe, A. Z., Muja, L. F., Docu Axelerad, S., Chita, D. S., Frecus, C. E., & Mihai, C. M. (2022). Benefits of Tango Therapy in Alleviating the Motor and Non-Motor Symptoms of Parkinson's Disease Patients-A Narrative Review. *Brain sciences*, 12(4), 448.
- [3] Hackney, M. E., Byers, C., Butler, G., Sweeney, M., Rossbach, L., & Bozzorg, A. (2015). Adapted Tango Improves Mobility, Motor-Cognitive Function, and Gait but Not Cognition in Older Adults in Independent Living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), 2105–2113.
- [4] Bracco, L., Cornaro, C., Pinto-Carral, A., Koch, S. C., & Mourey, F. (2023). Tango-Therapy Intervention for Older Adults with Cognitive Impairment Living in Nursing Homes: Effects on Quality of Life, Physical Abilities and Gait. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3521.
- [5] Bracco, L., Pinto-Carral, A., Hillaert, L., & Mourey, F. (2023). Tango-therapy vs physical exercise in older people with dementia; a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 23(1), 693.



MUSICOTERAPIA

Interventi musicali

Medicina con la musica – Musicoterapia neurologica

PRESENTAZIONE

A. Definizione

La musicoterapia è definita dalla Federazione Mondiale di Musicoterapia (WFMT) come l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta qualificato, con un singolo paziente o un gruppo, in un processo finalizzato a facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, la mobilità, l'espressione di Sé ed altri obiettivi terapeutici rilevanti per soddisfare i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi^[1]. Esistono due tecniche principali: la musicoterapia attiva, che consiste nell'utilizzare oggetti che producono suoni, strumenti musicali o la voce, e la musicoterapia ricettiva basata sull'ascolto della musica. Nell'applicazione pratica, i musicoterapisti possono combinare spesso entrambe le tecniche.

La musicoterapia si basa sulla dinamica esistente tra gli elementi costitutivi della musica, la storia della persona, le relazioni tra i soggetti partecipanti ed il terapeuta. Pertanto, gli interventi sono personalizzati e adattati agli obiettivi terapeutici definiti dal musicoterapeuta, previa consultazione con l'équipe di cura, nel caso in cui il musicoterapeuta intervenga in un contesto istituzionale.

B. Fondamenti teorici

La musicoterapia è storicamente comparsa nel campo degli interventi terapeutici che utilizzano un medium artistico, basandosi su un approccio teorico relazionale e psicodinamico. Grazie ai risultati della ricerca neurocognitiva, nell'ambito della cognizione musicale, utilizzando in particolare le tecniche di imaging cerebrale, si è giunti ad una migliore comprensione dei meccanismi neuropsicologici in gioco durante l'ascolto o la riproduzione di musica, che ha portato ad una rinnovata attenzione verso le pratiche di musicoterapia, in particolare nel contesto delle malattie neurologiche^[2].

Gli interventi musicali per le persone che vivono con la malattia di Alzheimer sono ora supportati da diverse pubblicazioni scientifiche^[3]. Durante le prime fasi della malattia, quando l'angoscia, la depressione e l'ansia accompagnano spesso l'iniziale calo delle prestazioni cognitive, l'intervento musicale è molto utile per ridurre questi disturbi^[4], rappresentando una valida tecnica di rilassamento. Nella fase più grave della malattia, quando la comunicazione verbale diminuisce e l'apatia diventa il disturbo comportamentale più difficile da gestire, gli interventi di musicoterapia sono particolarmente rilevanti per contrastare l'apatia e stimolare l'iniziativa verbale. Pertanto, in tutte le fasi della malattia, gli interventi musicali attivi o ricettivi hanno impatti complementari. La musica può essere sia rilassante che stimolante, e questa duplice qualità conferisce alla musicoterapia un innegabile potenziale nelle patologie neurodegenerative.

MUSICOTERAPIA

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati

Al fine di migliorare la specificità degli approcci utilizzati, è essenziale comprendere meglio i meccanismi sottostanti che portano agli effetti positivi degli interventi musicali. Esistono tre meccanismi principali che aiutano i ricercatori e i medici a progettare in modo ottimale gli interventi in base ai loro obiettivi terapeutici.

- **Gradimento sensoriale ed emotivo:** le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o un'altra forma di demenza sono in grado di percepire e comprendere le connotazioni sensoriali ed emotive del materiale musicale e di reagire al suo ascolto. Queste persone di solito riescono a conservare la capacità di gradire ed apprezzare la musica, anche quando le altre capacità cognitive (soprattutto verbali) sono completamente compromesse, come nelle fasi più gravi di malattia. Sebbene ci sia un certo dibattito sull'alterazione della percezione emotiva nelle malattie neurodegenerative, il giudizio estetico e l'apprezzamento emotivo sembrano essere in gran parte preservati, specialmente nella malattia di Alzheimer^[5]. Questa reattività alla musica, preservata, permette di utilizzare i ben noti effetti emotivi e neurofisiologici della musica sull'umore e sul comportamento.
- **Processi mnesici:** Il ricordo di vecchie canzoni e melodie ascoltate in gioventù è molto resistente all'amnesia e la memoria semantica è relativamente ben conservata, anche nelle fasi gravi della malattia^[6-7]. Ciò potrebbe spiegare il potere della musica come mezzo utile nella terapia della reminiscenza per innescare ricordi autobiografici e incoraggiare i pazienti a riconnettersi con il loro passato e la loro identità. Questi ricordi potrebbero a loro volta aiutare a ridurre l'ansia o le note depressive. Inoltre, la musica potrebbe essere utilizzata come supporto mnesico per ridurre le difficoltà di apprendimento verbale, soprattutto nelle prime fasi della malattia.
- **Cognizione sociale:** la musica è spesso un'attività sociale. L'ascolto spontaneo della musica spesso innesca un senso di appartenenza a un gruppo sociale e/o ricorda all'individuo le sue relazioni. Questo aspetto socializzante della musica può essere utile nel facilitare la comunicazione e la connessione tra gli individui, le loro famiglie o chi si prende cura di loro^[8].

Naturalmente, anche altre dimensioni spiegano l'impatto positivo complessivo e complessivo sui disturbi cognitivi e le loro conseguenze comportamentali nelle persone con demenza. La musica, tra queste, facilita il coinvolgimento fisico e motorio, introducendo stimoli utili a contrastare i disturbi dell'equilibrio e della coordinazione motoria. Non ultimo, le attività che coinvolgono la musica non sono vissute come esercizi noiosi e ripetitivi ma viene facilmente esperita come esperienza positiva.

B. Correlati neurofisiologici

È ben noto che l'ascolto di musica popolare ha un effetto stimolante, associato al rilascio di dopamina^[9-10]. Esso può attivare le persone e renderle temporaneamente più «presenti» ed efficaci in diversi tipi di compiti. Questo potrebbe spiegare perché la musica a volte può alleviare l'apatia nelle persone. Si è arrivati a dimostrare che la musica scelta dalla persona stessa per rilassarsi riduce sensibilmente la sensazione di stress, così come la risposta fisiologica del corpo allo stress (ad esempio, la diminuzione del cortisolo^[11]). La musica può avere un effetto calmante e ridurre l'ansia

e il comportamento aggressivo, inoltre, le emozioni suscitate dalla musica possono essere un punto di partenza per facilitare la codifica di nuove informazioni^[6,12].

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

I benefici della musicoterapia sono a volte difficili da dimostrare sulla base di ricerche *evidence based*^[13]. Nell'ultimo aggiornamento della revisione del database Cochrane lanciata nel 2003^[14], i ricercatori hanno condotto una meta-analisi su 620 partecipanti. I risultati hanno mostrato che un intervento terapeutico basato sulla musica è in grado di ridurre alcuni sintomi depressivi, ma ha poco o nessun effetto sull'agitazione o sull'aggressività. Una meta-analisi di 353 articoli, condotta nel 2017, che ha coinvolto un numero complessivo di 1757 partecipanti ha mostrato che la musicoterapia ha avuto effetti significativi nel ridurre gli aspetti ansiosi e un trend di effetto positivo sul funzionamento cognitivo, la depressione e la qualità della vita^[15]. Così, anno dopo anno, l'accumulo di lavori sperimentali e meta-analisi riguardanti gli interventi musicali per le persone che vivono con il morbo di Alzheimer o un'altra forma di demenza costituiscono una mole sostanziosa di prove riconosciute dagli organismi internazionali sull'utilità di questo approccio non farmacologico nel sostegno di queste persone^[16].

I costi da tenere in considerazione per lo svolgimento delle sedute di musicoterapia sono essenzialmente quelli relativi al tempo del personale che gestisce queste attività ed eventualmente alla creazione di una sala dedicata alle attività musicali. Naturalmente, anche se le istituzioni spesso mancano di risorse, è fortemente raccomandato che l'intervento sia supervisionato da un professionista reclutato appositamente per questo scopo per garantirne l'efficacia.

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o conoscenze richieste per gestire l'intervento

I corsi di formazione in musicoterapia esistono oggi in Francia e sono in fase di riconoscimento e di armonizzazione tra le diverse proposte. Possono essere universitari (Diploma Universitari, master, ecc.) o privati e approvati dalla Federazione francese dei musicoterapisti per garantire requisiti minimi in termini di rigore della formazione erogata. Questi corsi integrano contenuti di psicologia generale e dell'invecchiamento, neuroscienze cognitive ed offrono una formazione pratica che consente ai futuri laureati di familiarizzare con la popolazione che vive con una patologia neurodegenerativa. Nella gestione delle malattie neurodegenerative, è essenziale che i professionisti comprendano i deficit neuro-cognitivi delle persone e le conseguenze sul loro comportamento. Vengono, inoltre, insegnate competenze metodologiche in modo che gli operatori possano valutare l'impatto dei loro interventi.

MUSICOTERAPIA

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

SCOPO TERAPEUTICO

Profilo dei partecipanti

Tutte le persone, indipendentemente dallo stadio di gravità della malattia, possono beneficiare di questo tipo di intervento. È importante assicurarsi che i partecipanti con problemi di udito siano dotati correttamente di apparecchi acustici.

Indicazioni

- Disturbi comportamentali (e dell'umore): principalmente ansia e depressione nelle fasi iniziali della malattia; apatia e disturbi del linguaggio in pazienti in stadi da moderati a gravi.
- Stimolazione cognitivo-motoria: reminiscenza, stimolazione della memoria semantica, autobiografica e procedurale, controllo del linguaggio, coordinazione motoria, equilibrio, funzioni esecutive (attenzione, concentrazione, pianificazione).
- Cognizione sociale: scambi sociali, empatia.

Controindicazioni/precauzioni

L'utilizzo della musicoterapia per le persone con sordità o grave deficit uditivo senza apparecchi acustici non costituisce una controindicazione assoluta, così come alcune persone normoudenti potrebbero non essere ricettive a certi tipi di intervento musicale.

Al di là di una valutazione della percezione uditiva, è quindi importante valutare la pertinenza dell'uso della musica come strumento di accompagnamento per quello specifico individuo.

Poiché la musica può portare a emozioni intense, è importante chiedersi se quest'attivazione sia di beneficio per la persona.

Contributi professionali

Preferibilmente, i professionisti dovrebbero essere professionisti dedicati con formazione in musicoterapia per le persone che vivono con il morbo di Alzheimer o una malattia correlata.

Il musicoterapeuta professionista è un professionista della cura. Conosce e applica quindi le regole etiche e deontologiche della professione, e opera nel rigoroso rispetto del codice deontologico che prevede la vigilanza professionale.

Contesto

Si consiglia di utilizzare una sala dedicata e adattata, per far sì che l'attività sia ritualizzata sia nello stesso contesto istituzionale o a casa. La qualità dell'ambiente, la strumentazione a disposizione, così come i sistemi di diffusione sonora non sono mai da trascurare. Migliore è l'ambiente, migliore è l'impatto di potenziale efficacia.

SCOPO TERAPEUTICO

Frequenza

Sessioni individuali o in piccolo gruppo da 4 a 8 partecipanti.

■ Periodo: ciclo da 6 a 8 sedute, eventualmente rinnovabili.

■ Frequenza: almeno una a settimana.

■ Durata: da un'ora a un'ora e mezza per sessione.

Svolgimento delle sessioni

1 Ricordare il contesto dell'incontro, presentare i partecipanti; **2** Riscaldamento (in caso di interventi attivi e laboratori di canto); **3** Contenuto, materiale di lavoro; **4** Ritual di chiusura.

Incentivare la presenza

La mediazione da parte di un professionista garantisce la qualità della metodologia e il rispetto degli obiettivi terapeutici.

Le osservazioni del professionista consentiranno di rivalutare i bisogni, adattare gli obiettivi e gli strumenti in modo individualizzato durante tutto il percorso, garantendo al contempo il benessere, il comfort e la qualità della vita delle persone.

Valutazione

Valutazioni cognitive e comportamentali

■ In termini di benefici psico-sociali, ci sono molte scale usate con la popolazione geriatrica per misurare il benessere o l'autostima, ad esempio le scale dell'umore [Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD), Neuropsychiatric Inventory (NPI), Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), ...].

■ A livello cognitivo è possibile, ad esempio, misurare l'aumento delle capacità di riconoscimento dei brani ascoltati durante i laboratori e valutare la qualità del richiamo dei ricordi personali nei laboratori di reminiscenza (Platel & Groussard, 2020, 2023).

■ Berruchon, S., Mac Nab, B., & Bréard, V. (2020). Valutazione delle capacità cognitive musicali nei pazienti affetti da Alzheimer: il test di orientamento in musicoterapia. *Geriatrics e neuropsychiatria Psicologia dell'invecchiamento*, 18(1), 19–24.

■ Saliba, J., Lorenzo-Seva, U., Marco-Pallares, J., Tillmann, B., Zeitouni, A., & Lehmann, A. (2016). French validation of the Barcelona Music Reward Questionnaire. *PeerJ*, 4, e1760.

■ Vanstone, A. D., Wolf, M., Poon, T., & Cuddy, L. L. (2016). Measuring engagement with music : Development of an informant-report questionnaire. *Aging & Mental Health*, 20(5), 474-484.

MUSICOTERAPIA

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Cuddy L., Belleville, S., & Moussard, A. (2020). *Music and the Aging Brain*, Academic Press.
- Platel, H. & Groussard, M. (2023). Interventions musicales, musicothérapie et maladie d'Alzheimer. *Revue de neuropsychologie*, 15, 45-50.
- Fédération Mondiale de Musicothérapie (WFMT) : <https://wfmt.info/>
- Fédération Française des Musicothérapeutes (FFM) : <https://www.musicotherapeutes.fr>
- Société Française de Musicothérapie (SFM) : <https://francemusicotherapie.fr/>

SULL'AUTORE

Hervé PLATEL, Professore di Neuropsicologia presso l'Università di Caen Normandia (UMRS Inserm U1077), in coordinamento con **la Federazione Francese dei Musicoterapisti (FFM)**.



PUNTI CHIAVE

- Per ridurre le note di ansia e depressione e apprendere nuove informazioni, nelle fasi iniziali della malattia; ridurre i sintomi psicologici e comportamentali, nelle fasi da moderate a gravi.
- Questo tipo di intervento attiva processi motori, mnemonici, emotivi e sociali.
- Gli effetti osservati sono una diminuzione dei sintomi psicologici e comportamentali, l'apprendimento di nuove informazioni, un aumento delle interazioni sociali e un miglioramento del benessere e della qualità della vita.
- Può essere svolto da soli, in gruppo o in presenza del caregiver.
- Per tutte le persone che vivono con la malattia Alzheimer o altre forme di demenza, indipendentemente dallo stadio di gravità della malattia.



Riferimenti

- [1] World Federation of Music Therapy. (2010). <https://www.wfmt.info/about>
- [2] Bigand, E. (2018). *Les bienfaits de la musique sur le cerveau*. Belin, Paris.
- [3] Platel, H., & Groussard, M. (2020). Benefits and limits of musical interventions in pathological aging. In L. Cuddy, S. Belleville, & A. Moussard (Eds.), *Music and the aging brain* (pp.317-332). Academic Press.
- [4] Guétin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommie, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A. L., Cano, M. M., Lecourt, E., & Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: Randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28(1), 36-46.
- [5] Halpern, A. R., Ly, J., Elkin-Frankston, S., & O'Connor, M. G. (2008). «I know what I like»: stability of aesthetic preference in Alzheimer's patients. *Brain and Cognition*, 66(1), 65-72.
- [6] Samson, S., Dellacherie, D., & Platel, H. (2009). Emotional power of music in patients with memory disorders: clinical implications of cognitive neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 245-255.
- [7] Groussard, M., Chan, T., Coppalle, R., & Platel, H. (2019). Preservation of musical memory throughout the progression of Alzheimer's Disease? Toward a reconciliation of theoretical, clinical and neuroimaging evidences. *Journal of Alzheimer's Disease*, 68(3), 857-883.
- [8] Hobeika, L., & Samson, S. (2020). Why do music-based interventions benefit persons with neurodegenerative disease? In L. Cuddy, S. Belleville, & A. Moussard (Eds.), *Music and the aging brain* (pp.333-349). Academic Press.
- [9] Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A., & Zatorre R. J. (2011) Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature neuroscience*, 14(2), 257.
- [10] Ferreri, L., Mas-Herrero, E., Zatorre, R. J., Ripollés, P., Gomez-Andres, A., Alicart, H., Olivé, G., Marco- Pallarés, J., Antonijoan, R. M., Valle, M., Riba, J., & Rodriguez-Fornells, A. (2019). Dopamine modulates the reward experiences elicited by music. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(9), 3793-3798.
- [11] Linnemann, A., Ditzgen, B., Strahler, J., Doerr, J. M., & Nater, U. M. (2015). Music listening as a means of stress reduction in daily life. *Psychoneuroendocrinology*, 60, 82-90.
- [12] Simmons-Stern, N. R., Deason, R. G., Brandler, B. J., Frustace, B. S., O'Connor, M. K., Ally, B. A., & Budson, A. E. (2012). Music-based memory enhancement in Alzheimer's Disease: Promise and limitations. *Neuropsychologia*, 50(14), 3295-3303.
- [13] Guetin, S., Charras, K., Berard, A., Arbus, C., Berthelon, P., Blanc, F., Blayac, J.-P., Bonte, F., Bouceffa, J.-P., Clement, S., Ducourneau, G., Gzil, F., Laeng, N., Lecourt, E., Ledoux, S., Platel, H., Thomas-Anterion, C., Touchon, J., Vrait, F.-X., & Leger, J.-M. (2013). An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: A report of a French expert group. *Dementia*, 12(5), 619-634.
- [14] van der Steen, J. T., van Soest-Poortvliet, M. C., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J., & Vink, A. C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD003477.
- [15] Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., & Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 35, 1-11.
- [16] Platel, H. & Groussard, M. Music Therapy. (2022). In S. Gauthier, C. Webster, S. Servaes, J. Morais, P. Rosa-Neto (Eds.), *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*, England, 241-244.



FOCUS SU MUSIC CARE®

PRESENTAZIONE

Music Care®, il primo Dispositivo Medico (DM) a utilizzare la musica come mezzo terapeutico, si basa su algoritmi di composizione musicale appositamente progettati per lenire lo stress e ridurre i disturbi psicologici e comportamentali. La musicoterapia è uno degli interventi non farmacologici raccomandati dall'Autorità Nazionale Francese per la Salute, utili per gestire alcuni disturbi comportamentali nelle persone che vivono con la malattia di Alzheimer, in contesto residenziale o nel territorio. Music Care® è stato oggetto di una solida validazione scientifica e può essere utilizzato nelle case di cura, misurato con le griglie di valutazione PATHOS/P2, su prescrizione del medico coordinatore, consentendo un approccio ottimale al progetto di cura personalizzato.

CONTESTO TEORICO

Gli interventi non farmacologici (INF) sono raccomandati come trattamento di prima linea dal Ministero della Salute^[1] nella gestione dei sintomi psicologici e comportamentali nelle persone che vivono con la malattia di Alzheimer. Tra questi interventi, il dispositivo medico Music Care® (MD) è stato oggetto di diverse pubblicazioni scientifiche che ne dimostrano l'efficacia sulla qualità della vita e sui disturbi comportamentali legati alla malattia di Alzheimer^[2-5].

L'impatto positivo di Music Care® sul dolore e sullo stress si esprime sia a livello neurofisiologico (sincronizzazione delle costanti fisiologiche, attivazione del sistema dopaminergico, rilascio di endorfine), che sulle componenti sensoriali, cognitive, affettive, comportamentali e psico-sociali legate alla musica (scelta in base ai propri gusti personali, la musica permette di rispondere alla propria sensibilità).

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Il dispositivo medico Music Care® è stato oggetto di oltre 60 studi clinici, tra cui quasi 20 studi randomizzati controllati (RCT). È stato studiato per numerosi sintomi relativi alla salute mentale. Oltre ad un'azione fisiologica sui parametri emodinamici e respiratori, tende a favorire il rapporto di «ascolto» tra il caregiver e il paziente, con l'effetto secondario di una significativa riduzione del consumo di ansiolitici e antidepressivi. Nella malattia di Alzheimer, i risultati hanno mostrato una riduzione del 62% dei sintomi di ansia nel gruppo che ha ricevuto Music Care® per un periodo di 3 mesi, con la frequenza di 2 sessioni a settimana^[4]. Un altro studio riporta risultati significativi sulla diminuzione dell'oppositività nelle cure e dell'aggressività. Un ulteriore studio mostra, con l'utilizzo di Music Care, una riduzione degli stati di ansia del 30% in più rispetto all'ascolto della radio^[3].

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

Al fine di soddisfare gli obiettivi terapeutici precedentemente fissati dal caregiver, il trattamento MUSIC CARE® offre:

- una sequenza a forma di «U», per ridurre i disturbi comportamentali e promuovere il comfort.
- una sa «L» per favorire il sonno e migliorare la qualità del sonno.

Procedura dell'intervento MUSIC CARE® in RSA:

- valutazione del/i sintomo/i;
- prescrizione individuale da parte del medico coordinatore;
- spiegazione della procedura al paziente;
- identificazione delle preferenze musicali;
- posizionare il paziente in una posizione comoda;
- ascolto della sequenza musicale («U» o «L»);
- tempo per verbalizzare i sentimenti del paziente;
- rivalutazione dei sintomi che hanno portato alla prescrizione.

Il personale sanitario, precedentemente formato, ha a disposizione tablet digitali con una variegata scelta di sessioni musicali disponibili sull'applicazione MUSIC CARE®. Viene organizzato un follow-up della formazione con le equipe di cura.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

www.music.care

SUGLI AUTORI

Stéphane GUÉTIN è dottore in psicologia clinica (INSERM) e musicoterapeuta. Ha fondato l'Associazione per le Applicazioni di Musicoterapia e la Ricerca Clinica (AMARC) nel 2003 e la società di ricerca e sviluppo Music Care® nel 2008.

Jacques TOUCHON è Professore di neurologia, specialista in malattia di Alzheimer, è stato direttore dell'Unità di Neurologia Comportamentale e Degenerativa dell'Ospedale Universitario di Montpellier (INSERM).

PUNTI CHIAVE

- Music Care® riduce i disturbi comportamentali (diminuzione dell'agitazione e dell'aggressività), l'ansia e migliora la qualità della vita.
- Questo approccio facilita le interazioni sociali e la relazione paziente-caregiver.
- Gli effetti di Music Care® attivano i processi sensoriali, emotivi, cognitivi, comportamentali e sociali.
- Gli effetti di Music Care® mobilitano i processi sensoriali, emotivi, cognitivi, comportamentali e sociali.
- Music Care® può essere utilizzato in gruppo o individualmente, in un Residenza o a domicilio.



Riferimenti

- [1] Haute Autorité de Santé (HAS). (2008). *Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses*. Paris, France : HAS.
- [2] Guétin, S., Charras, K., Berard, A., Arbus, C., Berthelon, P., Blanc, F., Blayac, J. P., Bonte, F., Bouceffa, J. P., Clement, S., Ducourneau, G., Gzil, F., Laeng, N., Lecourt, E., Ledoux, S., Platel, H., Thomas-Anterion, C., Touchon, J., Vrait, F. X., & Leger, J. M. (2013). An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a French expert group. *Dementia (London, England)*, 12(5), 619–634.
- [3] Loko, A., Coudeyre, E., Guétin, S., Jarzebowski, W., & Belmin, J. (2018). Effects of standardized musical intervention on refusal of care and aggression during toileting in people with institutionalized neurocognitive disorders. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 61(6), 421–423.
- [4] Guétin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A. L., Cano, M. M., Lecourt, E., & Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 28(1), 36–46.
- [5] Sanchez, S., Le Guillou, A., Messaoudi, Y., Letty, A., & Denormandie, P. (2017). Valutazione de l'utilisation de la musicothérapie sur les résidents en Ehpad [Assessment of the use of music therapy with nursing home residents]. *Soins. Gerontologie*, 22(126), 16–20.



RIABILITAZIONE COGNITIVA

Riabilitazione neuropsicologica (in contesto ospedaliero)
Riabilitazione o stimolazione (in centro diurno o in residenza)
Prevenzione terziaria (nella salute pubblica)

PRESENTAZIONE

A. Definizione

La riabilitazione cognitiva nelle persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neuro-cognitivi è un intervento comportamentale progettato per gestire l'impatto del deterioramento cognitivo sulla vita quotidiana^[1]. Non ha lo scopo di guarire, ma di consentire un funzionamento ottimale, nonostante la malattia.

L'obiettivo è quello di raggiungere obiettivi individuali legati alle attività della vita quotidiana e al coinvolgimento sociale. L'obiettivo finale è quello di migliorare la qualità della vita e il benessere della persona. Può essere vista come una «scatola degli attrezzi» di tecniche compensative per facilitare nuovi apprendimenti e ridurre l'impatto della disabilità. I diversi processi coinvolti possono essere combinati in un intervento personalizzato^[2].

B. Fondamenti teorici

La riabilitazione cognitiva è stata originariamente sviluppata come intervento per affrontare il deterioramento cognitivo secondario a lesioni cerebrali. Ai suoi esordi, si trattava di un insieme di esercizi che coinvolgevano le capacità cognitive («un training del cervello»). Si è poi evoluta, nel tempo, in un programma individualizzato, collaborativo con l'utente e di approccio olistico incentrato sul recupero delle competenze nelle situazioni quotidiane. Nella cura delle lesioni cerebrali, promuove la riduzione del deficit sottostante, fornendo al contempo strategie operative per arginare le difficoltà associate come disturbi dell'umore, motivazionali o della comunicazione^[3].

Sebbene non sia possibile guarire i deficit legati all'Alzheimer o alle altre demenze, l'approccio della riabilitazione cognitiva può mitigare l'impatto delle difficoltà cognitive sulla vita quotidiana e fornisce un quadro di riferimento per concettualizzare la cura e il supporto per questo tipo di patologie^[4].

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati

Un programma di riabilitazione cognitiva può essere suddiviso in quattro fasi^[1]:

- 1 Il primo passo è quello di acquisire una comprensione approfondita di come la persona funziona nel proprio contesto familiare e sociale, nonché in riferimento alle esperienze, capacità e aspettative passate. Questo è un momento cruciale per stabilire una relazione di fiducia e motivare alla collaborazione futura.
- 2 Il secondo passo consiste nell'identificare le principali aree di insoddisfazione e le priorità soggettive della persona per migliorare e compensare le sue difficoltà, per poi tradurle in chiari obiettivi terapeutici utilizzando l'analisi SMART (individuazione di obiettivi Specifici, Misurabili, Raggiungibili, Rilevanti, definiti nel Tempo). Per realizzare questo processo collaborativo, l'operatore valuta i requisiti del compito, le capacità cognitive della persona, le difficoltà non cognitive e le risorse disponibili, assicurandosi che l'obiettivo terapeutico eventualmente concordato sia potenzialmente raggiungibile, pertinente e stimolante per la persona.

RIABILITAZIONE COGNITIVA

- ③ Infine, viene elaborato un piano di trattamento individuale, volto a colmare il divario tra le capacità attuali della persona e le capacità necessarie per raggiungere l'obiettivo.
- ④ I progressi della terapia sono monitorati con attenzione e il piano viene adattato, se necessario, per mantenere un coinvolgimento attivo e raggiungere i risultati desiderati del trattamento. Per quantificare il cambiamento si utilizzano scale semplici^[5], come la s. Likert.

B. Correlati neurofisiologici

Sebbene la codifica e il consolidamento della memoria siano compromessi fin dall'esordio delle forme più comuni dei disturbi neuro-cognitivi maggiori (morbo di Alzheimer, demenza vascolare), la loro progressione è graduale e altre funzioni cognitive sono relativamente preservate (linguaggio, abilità visuospatiali e memoria implicita), almeno nelle fasi più lievi. Queste mantenute capacità cognitive forniscono una base sufficiente per consentire nuovi apprendimenti e permettere un lavoro terapeutico utile sia nelle fasi lieve che moderate della malattia^[6].

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Vi sono prove crescenti dell'efficacia dei programmi di riabilitazione cognitiva e delle tecniche di riabilitazione specifiche che vanno da studi comparativi pre-post, su piccola scala, a grandi studi randomizzati controllati. Gli studi riportano una riduzione della disabilità funzionale e un miglioramento delle prestazioni nelle attività della vita quotidiana^[7-13]. Sebbene molti di essi si concentrino sulla malattia di Alzheimer, cominciano a diffondersi i primi lavori per le forme non amnesiche di disturbo neurodegenerativo^[14-15].

Vi sono pochi lavori sul rapporto costi benefici della riabilitazione cognitiva nella malattia di Alzheimer e nelle altre forme di demenza. Nello studio controllato randomizzato GREAT (*Goal-oriented cognitive Rehabilitation in Early-stage Alzheimer' and related dementias*), l'intervento è stato descritto come efficace in termini di costi (stimati tra i 2500 e 2800 euro ad intervento) sia dal punto di vista sociosanitario che sociale, in termini di miglioramento rispetto ad domini cognitivi o comportamentali specifici, ma non in termini di guadagni in qualità della vita della persona o del caregiver^[16].

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o conoscenze richieste per gestire l'intervento

I professionisti devono avere familiarità con i principi della riabilitazione cognitiva e tecniche di riabilitazione di funzioni specifiche. Dovrebbero anche avere una certa dimestichezza a stabilire obiettivi, nel problem solving, e nell'analisi dei compiti. È essenziale che siano a conoscenza del modello biopsicosociale delle demenze, e che sappiano individuare i bisogni specifici delle persone che vivono con queste malattie.

I corsi di psicologia clinica, neuropsicologia e terapia occupazionale generalmente includono dei moduli sulle malattie neurodegenerative e sulla riabilitazione cognitiva per le lesioni cerebrali acquisite. Forniscono quindi un'eccellente conoscenza e una base di competenze utili per fornire programmi di riabilitazione cognitiva.

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

SCOPO TERAPEUTICO

Profilo dei partecipanti

Persone nelle prime fasi del disturbo neurocognitivo, in particolare con problemi di memoria.

Indicazioni

Difficoltà nella gestione delle attività quotidiane.

- Riabilitazione cognitiva: qualsiasi difficoltà cognitiva che incida sulla vita quotidiana (memoria, linguaggio, pianificazione e sequenza, funzioni esecutive, capacità motorie).
- Riabilitazione psicologica: ansia, bassa autostima, scarsa qualità del sonno, in seguito alle difficoltà cognitive.

Controindicazioni

Comprensione limitata del proprio livello di funzionamento, riluttanza ad affrontare le difficoltà e a fare sforzi per affrontarle (evitamento).

Contributi professionali

Operatori formati in riabilitazione cognitiva (psicologo clinico, neuropsicologo, terapeuta occupazionale, infermiere specializzato); persona malata come partecipante attivo, ed il caregiver, quando possibile.

Contesto

Luogo di vita (struttura, centro diurno, domicilio...).

■■■

RIABILITAZIONE COGNITIVA

SCOPO TERAPEUTICO

Frequenza

Sessioni individuali secondo necessità e circostanze.

- Periodo: 4-12 settimane.
- Frequenza: settimanale o bisettimanale.
- Durata: sessione di 40-60 minuti.

Svolgimento delle sessioni

Dopo la sessione iniziale di *assessment* e definizione degli obiettivi, le sessioni successive iniziano in genere con la definizione degli obiettivi e delle strategie terapeutiche, quindi si concentrano sui progressi raggiunti o sulla risoluzione di potenziali difficoltà (es. ansia) e terminano con la pianificazione di eventuali compiti per casa tra una seduta e l'altra.

Incentivare la presenza

E' utile il coinvolgimento di un'altra persona (operatore, aiutante, familiare...).

Valutazione

Livello di coinvolgimento. Miglioramento nelle attività della vita quotidiana. Valutazione neuropsicologica delle funzioni cognitive rilevanti per gli obiettivi terapeutici individuati.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Una breve introduzione alla riabilitazione cognitiva:
 - Kudlicka, A., & Clare, L. (2018). Cognitive rehabilitation in mild and moderate dementia. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
 - Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: a practical framework of positive support. *PLoS Medicine*, 14(3), e1002245.
- Una guida pratica all'utilizzo delle tecniche di riabilitazione cognitiva: Pool, J. (2018). *A guide to personal cognitive rehabilitation techniques*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Un quadro concettuale e giustificazione per l'applicazione della riabilitazione cognitiva: Clare, L. (2008). *Neuropsychological rehabilitation and people with dementia*. Hove, UK: Psychology Press.
- Lettura completa sulla riabilitazione cognitiva per lesioni cerebrali: Wilson, B. A., Winegardner, J., Van Heugten, C. M., & Ownsworth, T. (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. London: Routledge.

SULL'AUTORE

Aleksandra KUDLICKA, è psicologa e ricercatrice presso l'Università di Exeter. È coinvolta nel lavoro sull'introduzione della riabilitazione cognitiva nei servizi sanitari e sociali dedicati alle persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altre forme di demenza.



PUNTI CHIAVE

- La riabilitazione cognitiva consiste nella gestione delle difficoltà mnemoniche ed esecutive che influenzano la vita quotidiana e nel rispondere all'impatto psicologico di queste difficoltà.
- L'intervento si concentra sui processi cognitivi, psicologici e sociali.
- Le persone che vivono con la malattia di Alzheimer lieve o moderata possono migliorare il loro funzionamento in relazione agli obiettivi individuali stabiliti nell'intervento.
- Il terapeuta può lavorare direttamente con la persona o con il coinvolgimento di un caregiver familiare.
- Finora, la ricerca si è concentrata su persone che vivono con un lieve deterioramento cognitivo in cui prevale la compromissione mnesica (malattia di Alzheimer o demenza vascolare).



Riferimenti

- [1] Kudlicka, A., & Clare, L. (2018). Cognitive rehabilitation in mild and moderate dementia. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
- [2] Clare, L. (2008). *Neuropsychological rehabilitation and people with dementia*. Hove, UK: Psychology Press.
- [3] Wilson, B. A., Winegardner, J., Van Heugten, C. M., & Ownsworth, T. (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. London: Routledge.
- [4] Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: a practical framework of positive support. *PLoS Medicine*, 14(3), e1002245.
- [5] Clare, L., Nelis, S. M., & Kudlicka, A. (2016). *Bangor Goal-Setting Interview manual*. Retrieved from <https://medicine.exeter.ac.uk/reach/publications/>
- [6] Bäckman, L. (1992). Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 85(S139), 84-89.
- [7] Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A.-S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M.-E., Lavallart, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G., & Dartigues, J.-F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707-717.
- [8] Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, R. T. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6), CD003260.
- [9] Kim, S. (2015). Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(2), 543-546.
- [10] Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Woods, B., & Clare, L. (2019). Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(8), CD013388.
- [11] Voigt-Radloff, S., de Werd, M. M. E., Leonhart, R., Boelen, D. H. E., Olde Rikkert, M. G. M., Fliessbach, K., Klöppel, S., Heimbach, B., Fellgiebel, A., Dodel, R., Eschweiler, G. W., Hausner, L., Kessels, R. P. C., & Hüll, M. (2017). Structured relearning of activities of daily living in dementia: the randomized controlled REDAL-DEM trial on errorless learning. *Alzheimer's Research and Therapy*, 9(22), 1-11.
- [12] Yang, H.-L., Chan, P.-T., Chang, P.-C., Chiu, H.-L., Sheen Hsiao, S.-T., Chu, H., & Chou, K.-R. (2018). Memory-focused interventions for people with cognitive disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 44-51.
- [13] Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Sabates, J., Woods, B., & Clare, L. (2023). Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD013388.
- [14] Hindle, J. V., Watermeyer, T. J., Roberts, J., Brand, A., Hoare, Z., Martyr, A., & Clare, L. (2018). Goal-orientated cognitive rehabilitation for dementias associated with Parkinson's disease – A pilot randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(5), 718-728.
- [15] Savage, S. A., Piguët, O., & Hodges, J. R. (2015). Cognitive intervention in semantic dementia: Maintaining words over time. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 29(1), 55-62.
- [16] Clare, L., Kudlicka, A., Oyeboode, J. R., Jones, R. W., Bayer, A., Leroi, I., Kopelman, M., James, I. A., Culverwell, A., Pool, J., Brand, A., Henderson, C., Hoare, Z., Knapp, M., Morgan-Trimmer, S., Burns, A., Corbett, A., Whitaker, R., & Woods, B. (2019). Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage Alzheimer's and related dementias: a multi-centre single-blind randomized controlled trial (GREAT). *Health Technology Assessment*, 23(10), 1-242.



STIMOLAZIONE MULTISENSORIALE

Interventi multisensoriali
Stanza di stimolazione multi sensoriale
Ambiente multisensoriale
Stanza Snoezelen

PRESENTAZIONE

A. Definizione

Con il termine «intervento di stimolazione multisensoriale» si intende qualsiasi intervento volto a stimolare due o più sensi primari (visivo, uditivo, gustativo, olfattivo, tattile). Un intervento multisensoriale è progettato per fornire un'esperienza arricchita che stimoli più sistemi sensoriali. La stimolazione multisensoriale è spesso equiparata alla cosiddetta "stanza Snoezelen" (o ambiente multisensoriale), che è l'approccio probabilmente più utilizzato. Il termine Snoezelen (letteralmente: annusare e sonnecchiare) si riferisce a un ambiente sicuro, confortevole e senza costrizioni, progettato per stimolare attivamente tutti i sensi^[1]. Questa metodologia prevede spesso l'utilizzo di apparecchiature specifiche: fibre ottiche colorate, tubo a bolle sensoriali, spray aromatici o pannelli interattivi digitali su cui è possibile modificare colori, suoni e immagini tramite touch screen. Gli interventi possono essere forniti utilizzando materiali di stimolazione molto semplici (profumi, candele, lozioni, ecc.). Sono stati sviluppati altri strumenti multisensoriali come le maniche «twiddle» (scaldamani lavorati a maglia utili nell'affaccendamento), plaid sensoriali, scatole sensoriali (scatole contenenti oggetti di uso quotidiano) e programmi multidimensionali come Sonas o Namaste Care^[2].

B. Fondamenti teorici

Gli interventi di stimolazione multisensoriale adottano un approccio non direttivo che incoraggia le persone a interagire con gli stimoli sensoriali secondo i propri desideri^[3]. Tra gli approcci non farmacologici, la stimolazione multisensoriale è stata oggetto di grande interesse nel campo della cura e del supporto alle persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi. In quest'ambito, spesso ci si è soffermati sulle sfide poste da ambienti che possono essere troppo o troppo poco stimolanti per queste persone^[4]. Gli interventi di stimolazione multisensoriale sono stati ampiamente utilizzati, in particolare per la gestione dei comportamenti reattivi* (agitazione, comportamento motorio aberrante, ansia, irritabilità, depressione, apatia, disinibizione e deliri).

Questi interventi offrono la possibilità d'ottimizzare la stimolazione sensoriale e favoriscono delle interazioni dense di significato fra le persone malate e quelle che se ne prendono cura. Interazioni che possono essere verbali o non verbali, contribuendo a migliorare la comunicazione e rinforzare la relazione sociale. Gli interventi di stimolazione multisensoriale sono appropriati agli stadi moderati e severi della malattia^[4].

**Gli autori preferiscono usare il termine comportamenti reattivi («challenging behaviours») piuttosto che il termine sintomi psicologici e comportamentali.*

STIMOLAZIONE MULTISENSORIALE

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati

La base teorica della stimolazione multisensoriale ritiene che i comportamenti reattivi e i disturbi cognitivi associati al morbo di Alzheimer e alle malattie correlate siano strettamente correlati al declino sensoriale. In seguito ai cambiamenti sensoriali legati all'età (deficit visivi e uditivi), a loro volta esacerbati dalla malattia, gli individui possono avere un maggiore bisogno di stimolazione (p.es., forti stimoli, maggiore contrasto tra gli oggetti) al fine di ottimizzare la percezione. Di conseguenza, la mancanza di attività appropriate e di ricche esperienze sensoriali genera in questi individui una deprivazione sensoriale e/o una prolungata mancanza di stimolazione^[5]. Evidenze empiriche hanno dimostrato gli effetti nocivi della deprivazione sensoriale a lungo termine, che possono arrivare a provocare cambiamenti nell'umore e nel comportamento come depressione, disorientamento, irritazione, apatia e ansia^[6].

Un individuo che vive con un deterioramento delle funzioni cognitive si trova a dover subire una diminuzione della propria capacità di elaborare e integrare le informazioni sensoriali esterne, e quindi ad avere una maggiore difficoltà nel comprendere il contesto^[7]. Pertanto, superata una soglia di tolleranza individuale, la sovrastimolazione può generare comportamenti disadattivi come aggressività e irritazione. Una rimodulazione degli stimoli ambientali e un'adeguata stimolazione sensoriale possono consentire una maggiore capacità di regolare ed elaborare le informazioni, riducendo il disagio e il rischio di confusione. La stimolazione multisensoriale può quindi migliorare il benessere, la qualità della vita, le abilità sociali e aiutare a gestire i comportamenti reattivi.

B. Correlati neurofisiologici

Le informazioni sensoriali vengono trasmesse al cervello attraverso delle reti neurali, al fine di interpretare il contesto ambientale in cui si trova. Gli studi di neuroscienze suggeriscono che gli anziani beneficiano maggiormente di una stimolazione multisensoriale rispetto alla unimodale in compiti percettivi o decisionali^[8]. Un'esperienza sensoriale arricchita codifica gli stimoli in rappresentazioni multisensoriali, attivando, quindi, una rete cerebrale più ampia rispetto a quella innescata da una codifica unisensoriale, facilitando le capacità esecutive degli anziani.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Alcune pubblicazioni scientifiche suggeriscono che la stimolazione multisensoriale abbia un impatto positivo, riducendo i comportamenti reattivi (ad esempio, agitazione, irritazione)^[9-13], migliorando l'umore^[13-16] e facilitando le interazioni e le relazioni verbali e non verbali con altri residenti e con i professionisti in contesto residenziale^[17]. Alcuni studi hanno riportato una riduzione dello stress, un miglioramento del benessere e una maggiore soddisfazione lavorativa per gli operatori sociosanitari^[12-13,18]. Tuttavia, l'efficacia scientifica degli interventi basati su approcci multisensoriali è ancora relativamente debole. Il numero limitato di studi, la loro scarsa qualità metodologica e la varietà dei protocolli di intervento impediscono di trarre una conclusione definitiva sugli effetti della stimolazione multisensoriale^[4]. Sono necessarie ulteriori ricerche per trarre conclusioni più accurate sulla sua efficacia e sui punti chiave delle differenti metodologie.

Ad oggi non esistono studi sul rapporto costi benefici. Tuttavia, la stimolazione multisensoriale è un ambito promettente, è, infatti, molto facile da realizzarsi, soprattutto quando si utilizzano oggetti di uso quotidiano come profumi, candele o creme profumate per il corpo, oggetti molto accessibili.

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o conoscenze richieste per gestire l'intervento

Gli operatori dovrebbero avere una formazione sulla malattia di Alzheimer e altre demenze, buone capacità comunicative e una certa conoscenza pregressa dei partecipanti (ad esempio, storia, allergie, hobby, ecc.). Questo approccio all'assistenza centrato sulla persona desidera creare attività su misura per ciascun partecipante, con un coinvolgimento e un supporto adeguato, al fine di migliorare il benessere generale dei residenti, dei professionisti della cura e/o dei caregiver.

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

Le indicazioni seguenti vogliono sostenere lo sviluppo e l'implementazione di un intervento di stimolazione multisensoriale utilizzando le «scatole sensoriali»^[19-23]. L'esempio fornito si concentra principalmente sulla stimolazione tattile (tatto) e olfattiva (olfatto). I seguenti suggerimenti possono essere applicati anche ad altri tipi di stimolazione sensoriale.

STIMOLAZIONE MULTISENSORIALE

SCOPO TERAPEUTICO	SCOPO RICREATIVO
Profilo dei partecipanti Persone malattia di Alzheimer o altri disturbi neuro-cognitivi, indipendentemente dal livello di gravità.	Aperto a tutti.
Indicazioni ■ Area cognitiva: memoria, integrazione sensoriale, attenzione e funzioni esecutive. ■ Area psicologica: interazione sociale, umore, qualità della vita, benessere, comunicazione, comportamenti reattivi, ansia e depressione.	Stimolazione sensoriale, coinvolgimento in un'attività significativa e socializzazione.
Controindicazioni Rischio di reazioni allergiche; irritazione della pelle; disagio emotivo dovuto a sovrastimolazione o ricordi negativi.	Idem.
Contributi professionali Terapista occupazionale, psicologo, psicomotricista; operatori qualificati o educatori; due (o più) membri dello staff per una sessione di gruppo.	Persone con buone capacità comunicative e conoscenza dei partecipanti.
Contesto Una stanza tranquilla, rilassante, ben ventilata con sedie e tavolo. È possibile rimuovere alcuni oggetti e/o eventuali odori (ad es. deodorante per ambienti) e assicurarsi di non essere disturbati durante l'attività.	Un ambiente tranquillo.
Frequenza Sessioni di gruppo di 5-6 partecipanti. ■ Periodo: 6 settimane. ■ Frequenza: una volta alla settimana. ■ Durata: 15 minuti (preparazione) ; 45-60 minuti (intervento). I partecipanti dovrebbero avere abbastanza tempo per esplorare e commentare i materiali in base alle loro capacità. <i>L'intervento può essere proposto anche a livello individuale.</i> <i>E' importante che la persona non si senta «sotto esame».</i>	Non specificata.

SCOPO TERAPEUTICO

Svolgimento delle sessioni

Selezione degli oggetti: pensa agli oggetti che ogni partecipante apprezza ora o che ha apprezzato in passato, inclusi i suoi profumi preferiti. Puoi conoscere i partecipanti, le loro vite o cosa era di moda quando erano giovani. Crea sei attività a tema (ad es. infanzia, vacanze) in base alle preferenze di ciascun partecipante.

Metti gli elementi selezionati (6,8 oggetti) relativi a ciascun tema in una scatola o in una contenitore.

Presentazione dell'attività: Fai sapere ai partecipanti che ti piacerebbe passare del tempo a esplorare insieme alcuni oggetti interessanti.

Attività multisensoriale* : inizia presentando un oggetto a ciascun partecipante, o lascia che ne scelgano uno dalla scatola.

Osserva come ogni partecipante interagisce con l'oggetto (incluso l'odore, se applicabile).

Incoraggia ogni partecipante a maneggiare ed esaminare gli oggetti, lasciandogli il tempo necessario per farlo.

Quando hanno finito, puoi fare commenti, in risposta a ciò che i partecipanti hanno detto o fatto.

Conclusione della sessione: ringrazia i partecipanti e chiedi loro se hanno preferenze per gli argomenti per la prossima sessione. Nelle sedute individuali, si può anche estrarre gli oggetti dalla scatola ed esporli su un tavolo.

Il partecipante potrà scegliere gli oggetti che lo interessano maggiormente.

Il conduttore può anche scegliere gli oggetti che più attirano la curiosità e l'attenzione del partecipante.

Incentivare la presenza

Se un argomento non interessa ai partecipanti o se non rispondono, passare ad un altro.

Tieni presente che i partecipanti possono avere deficit che possono influenzare le risposte, come una riduzione dell'olfatto. In questo caso, puoi scegliere oggetti che hanno odori forti o concentrarti su oggetti da manipolare.

I partecipanti possono soffrire di condizioni cliniche che riducono la mobilità (es. l'osteoartrite). In tal caso, aiutali a manipolare ed esplorare gli oggetti..

Valutazione

Es. scala COMMUNI-CARE:

- Osservazione delle risposte verbali e non verbali del partecipante mediante registrazione video;
- Scale visuali.

SCOPO RICREATIVO

Presenta elementi e attività, lasciando ai partecipanti il tempo di manipolare, esplorare e commentare, se lo desiderano.

Non specificato.

Non specificato.

STIMOLAZIONE MULTISENSORIALE

***Raccomandazioni:**

Concedi ai partecipanti il tempo di esplorare le proprietà sensoriali dell'oggetto e commentare, se lo desiderano. Non chiedere se sanno cos'è o a cosa serve, perché potrebbero sentirsi come se fossero sotto esame.

Quando si presenta un profumo o un odore, chiedere al partecipante di respirare normalmente e presentare l'odore successivo circa 2-5 minuti dopo, per evitare di sovraccaricare la capacità olfattiva. Cercate di focalizzarvi su opinioni, e non su informazioni fattuali: es.ti piace questo? Ha un odore?

Le persone con disturbi della comunicazione dovrebbero essere stimolate a livello sensoriale, ad esempio manipolando e annusando gli elementi piuttosto che discutendo/commentando. Si raccomanda ai professionisti di tener conto delle emozioni che i partecipanti possono esprimere anche attraverso le espressioni facciali e la postura del corpo. Una risposta empatica può includere la verbalizzazione dei sentimenti e delle emozioni osservate.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- Using memory box objects and smells for people living with dementia: guidance for carers
<https://www.boots-uk.com/our-stories/treasured-items-from-the-boots-uk-archive-help-to-rekindle-memories-in-people-with-dementia/>
- Hulsegge, J., & Verheul, A. (2004). *Snoezelen un autre monde* (2^e ed.). Namur : Erasme.

SUGLI AUTORI

Victoria TISCHLER è Professoressa di Scienze Comportamentali presso l'Università del Surrey (Regno Unito). È una psicologa associata alla British Psychological Society. La sua ricerca si concentra sulla creatività e la salute mentale, nonché sugli approcci multisensoriali alla cura delle persone che vivono con la malattia di Alzheimer e altre demenze.

Federica D'ANDREA è Senior Lecturer presso il Geller Institute of Aging and Memory presso l'Università di West London (Regno Unito). La sua ricerca si concentra su soluzioni innovative e sulla promozione della qualità della vita nel contesto dell'invecchiamento e della cura delle persone che vivono con la malattia di Alzheimer e altre demenze. Ha esperienza nell'esplorazione di approcci multisensoriali con un particolare interesse per l'olfatto e gli interventi psicosociali e cognitivi. Il suo lavoro ha portato allo sviluppo e alla progettazione di un intervento multisensoriale innovativo, basato sulla teoria e sulla ricerca, per le persone che vivono in RSA, includendo scatole tematiche con stimoli olfattivi e oggetti del passato.



PUNTI CHIAVE

- Stimola la comunicazione e porta conforto.
- Questo intervento mobilita i processi sensoriali, fisici, cognitivi, psicologici e sociali.
- Gli effetti osservati sono una diminuzione dell'agitazione, un miglioramento del tono dell'umore, promozione delle interazioni sociali.
- In gruppo o individualmente.
- Per tutte le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altre forme di demenza, indipendentemente dallo stadio di gravità della malattia.

STIMOLAZIONE MULTISENSORIALE



Riferimenti

- [1] Eijgendaal, M., Eijgendaal, A., Fornes, S., Hulsege, J., Mertens, K., Pagliano, P., & Vogtle, L. (2010). Multi Sensory Environment (MSE/Snoezelen)–A Definition and Guidelines. *Rehabilitation*, 24(4), 175-184.
- [2] Cheng, C., Baker, G. B., & Dursun, S. M. (2019). Use of multisensory stimulation interventions in the treatment of major neurocognitive disorders. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 916-921.
- [3] Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., Thomas, P., Assey, J., & Wareing, L. A. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *The British journal of clinical psychology*, 40(1), 81-96.
- [4] Hayden, L., Passarelli, C., Shepley, S. E., & Tigno, W. (2022). A scoping review: Sensory interventions for older adults living with dementia. *Dementia*, 21(4), 1416-1448.
- [5] Kovach, C.R. (2000). Sensoristasis and imbalance in persons with dementia. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 379-384.
- [6] Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K., & Regier, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?. *Psychiatry research*, 228(1), 59-64.
- [7] Behrman, S., Chouliaras, L., & Ebmeier, K. P. (2014). Considering the senses in the diagnosis and management of dementia. *Maturitas*, 77(4), 305-310.
- [8] de Dieuleveult, A. L., Siemonsma, P. C., van Erp, J. B., & Brouwer, A. M. (2017). Effects of Aging in Multisensory Integration: A Systematic Review. *Frontiers in aging neuroscience*, 9, 80.
- [9] Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R. Z., Katona, C., & Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: Systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 205(6), 436-442.
- [10] Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P., González-Abrales, I., Buján, A., & Millán-Calenti, J. C. (2014). Effects of multisensory stimulation on a sample of institutionalized elderly people with dementia diagnosis: A controlled longitudinal trial. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29(5), 463-473.
- [11] Milev, R. V., Kellar, T., McLean, M., Mileva, V., Luthra, V., Thompson, S., & Peever, L. (2008). Multisensory stimulation for elderly with dementia: A 24-week single-blind randomized controlled pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(4), 372-376.
- [12] Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 28(1), 7-14.
- [13] Strøm, B.S., Ytrehus, S., & Grov, E.K. (2016). Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 25(13-14), 1805-1834.
- [14] Cheng, C., Baker, G. B., & Dursun, S. M. (2019). Use of multisensory stimulation interventions in the treatment of major neurocognitive disorders. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 916-921.
- [15] Pinto, J. O., Dorés, A. R., Geraldo, A., Peixoto, B., & Barbosa, F. (2020). Sensory stimulation programs in dementia: a systematic review of methods and effectiveness. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(12), 1229-1247.

- [16] Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: A review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28(1), 7–14.
- [17] van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 312–326.
- [18] Cox, H., Burns, I., & Savage, S. (2004). Multisensory environments for leisure: promoting well-being in nursing home residents with dementia. *Journal of gerontological nursing*, 30(2), 37–45.
- [19] D'Andrea, F., Tischler, V., Denning, T., & Churchill, A. (2022). Olfactory stimulation for people with dementia: A rapid review. *Dementia*, 21(5), 1800–1824.
- [20] D'Andrea, F., Denning, T., & Tischler, V. (2022). Object handling for people with dementia: A scoping review and the development of intervention guidance. *Innovation in Aging*, 6(5), igac043.
- [21] Griffiths, S., Denning, T., Beer, C., & Tischler, V. (2019). Mementos from Boots multisensory boxes - Qualitative evaluation of an intervention for people with dementia: Innovative practice. *Dementia (London, England)*, 18(2), 793–801.
- [22] Solway, R., Camic, P.M., Thomson, L.J., & Chatterjee, H.J. (2016). Material objects and psychological theory: A conceptual literature review. *Arts & Health*, 8(1), 82–101.
- [23] Tischler, V., & Clapp, S. (2020). Multi-sensory potential of archives in dementia care. *Archives and Records*, 41(1), 20–31.



TERAPIA DI REMINESENZA

Gruppi di reminescenza
Storia d i vita – Terapia della biografia

PRESENTAZIONE

A. Definizione

Il lavoro di reminiscenza nelle persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi implica la possibilità di intrattenere una conversazione su attività, eventi ed esperienze passate utilizzando elementi tangibili o «trigger di memoria» come fotografie, oggetti domestici, oggetti familiari, musica e registrazioni audio o video (l'emergere della tecnologia digitale negli ultimi anni ha incoraggiato l'uso della musica, fotografie e registrazioni audio o video su un unico supporto).

In un contesto di gruppo, l'obiettivo è evocare ricordi personali e condivisi e incoraggiare la comunicazione. Il lavoro autobiografico contiene spesso una parte individuale e si traduce nella produzione di un «libro biografico» (digitale o cartaceo) che permetta alla persona di raccontare la propria storia di vita. Si parla di «terapia della biografia» quando il lavoro di reminiscenza individuale comporta la valutazione dei ricordi e delle emozioni associate, ad esempio in un contesto psicoterapeutico.

B. Fondamenti teorici

Il primo studio sulla reminiscenza con persone che vivono con Alzheimer o demenze è stato riportato da Kieriat nel 1979^[1]. In quel periodo, il crescente interesse per la storia orale ha permesso di valorizzare l'espressione dei ricordi delle persone anziane, considerandolo un processo naturale ed adattivo. I supporti alla reminiscenza (oggetti, fotografie e clip audio) sono diventati ampiamente disponibili, il che ha portato molti professionisti della cura a cercare di lavorare sulla reminiscenza.

Questi approcci hanno continuato a guadagnare popolarità in molti paesi.

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati

■ Processi cognitivi: la memoria degli eventi e dei ricordi più antichi è relativamente preservata nella malattia di Alzheimer e in altre forme di demenza. Gli eventi risalenti all'infanzia possono essere ricordati più facilmente, mentre quelli più recenti vengono maggiormente dimenticati. Di conseguenza, l'attività di reminiscenza sembra utilizzare proprio i punti di forza cognitivi. La ricerca suggerisce che mentre il ricordo degli eventi molto remoti può essere distorto nel corso della vita, le persone che vivono con Alzheimer o un'altra forma di demenza, ma in generale tutte le persone anziane, ricordano volentieri eventi lontani e aneddoti ripetuti più volte. È possibile pensare che si crei uno scollamento tra passato e presente, attribuibile a livelli deficitari di memoria episodica e autobiografica relativa agli anni più recenti, ossia la mezza età della persona. Tale «disconnessione» potrebbe contribuire alla difficoltà di mantenere un chiaro senso di identità personale. In quest'ottica, quindi, la reminiscenza può essere considerata uno strumento terapeutico in grado di attingere al patrimonio dei ricordi della persona, migliorando la

■ ■ ■

TERAPIA DI REMINESCENZA

conversazione e la comunicazione relative a esperienze ed eventi del passato e, stimolando la memoria autobiografica, potrebbe rafforzare il senso di identità.

- **Processi affettivi:** la reminiscenza coinvolge anche l'elaborazione emotiva; I ricordi sono spesso associati e emozioni positive o negative. Il «bilancio esistenziale» è un processo strutturato e critico, condotto individualmente, che copre l'intera storia cronologica della vita, cercando di integrare ricordi negativi e positivi, in conformità con la fase di sviluppo di fine vita di Erikson^[2]. La reminiscenza è ritenuta un'attività benefica per le persone anziane con umore depresso^[3-4] comprese le persone che vivono in RSA^[5]. Uno stato depressivo è frequente nelle persone che soffrono di demenza; pertanto, la reminiscenza potrebbe essere di supporto anche per questa popolazione.
- **Processi sociali:** in contesto grupppale la reminiscenza facilita l'interazione sociale, aiuta i membri del gruppo a trovare aree di interesse comuni e a conoscersi meglio. Ciò porta a un senso di appartenenza e unità. In gruppo o individualmente, gli operatori imparano a conoscere meglio la persona, le sue esperienze, interessi, valori, relazioni e preferenze, e sono quindi in grado di offrire un'assistenza e un supporto particolarmente centrati sulla persona, con impatto positivi sulla sua qualità di vita.

B. Correlati neurofisiologici

Ad oggi non ci sono studi sui correlati neurofisiologici della terapia della reminiscenza.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Molti studi hanno valutato la terapia della reminiscenza, ma i risultati sono spesso poco coerenti, influenzati da diverse metodologie (p.es., gruppo vs individuale; semplice reminiscenza vs bilancio esistenziale) e contesti (casa vs RSA).

Le revisioni della letteratura, che comprendono 23 studi randomizzati controllati con 1763 partecipanti complessivi, indicano miglioramenti in:

- qualità della vita^[6], in particolare nelle RSA^[7];
- miglioramento dei sintomi depressivi, in particolare in struttura^[8] e nelle sessioni individuali^[6-7];
- miglioramento dei sintomi cognitivi^[8], in particolare in RSA e nelle sessioni individuali^[7];
- miglioramento nelle capacità di comunicazione, in particolare con l'intervento di reminiscenza in gruppo^[7];
- miglioramento dei sintomi psicologici e comportamentali^[6].

In merito al rapporto costi-benefici, sono disponibili dati dettagliati solo di due studi su larga scala con un totale di 779 partecipanti che hanno valutato gruppi di reminiscenza in cui gli individui e i loro operatori hanno partecipato insieme^[9]. Le conclusioni di entrambi gli studi sono che questo tipo di reminiscenza è «poco conveniente»^[10] e che «non è conveniente laddove si esaminano gli effetti sui caregiver o la maggior parte degli effetti

sugli individui»^[11 ; p.103]. Tuttavia, quando i costi includono il contributo del caregiver familiare, i gruppi di reminiscenza congiunta diventano convenienti in termini di qualità della vita degli individui (misurata tramite il QoL-AD)^[11 ; p.103].

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o conoscenze richieste per gestire l'intervento

Tutti coloro che sono coinvolti nel lavoro di reminiscenza dovrebbero avere una buona comprensione dei principi della cura e delle pratiche centrate sulla persona, nonché una formazione e/o una sensibilizzazione sulla malattia di Alzheimer. Non è necessaria una qualifica professionale né per lavorare su un life story book, né per condurre un piccolo gruppo di reminiscenza. Tuttavia, coloro che decidono di intraprendere una terapia di reminiscenza dovrebbero avere la supervisione o la guida di un professionista esperto, che offre l'opportunità di discutere e riflettere sul lavoro intrapreso. I professionisti che intraprendono una terapia di reminiscenza con persone che soffrono di sintomi depressivi rilevanti devono avere formazione ed esperienza nel supporto psicologico e nelle competenze psicoterapeutiche.

I gruppi congiunti di reminiscenza sono stati guidati da diversi professionisti (infermieri, terapisti occupazionali, psicologi clinici) e professionisti del mondo artistico.

TERAPIA DI REMINESCENZA

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

TERAPIA DELL'AUTOBIOGRAFIA	SEMPLICE REMINESCENZA
Profilo dei partecipanti Persone che vivono con il morbo di Alzheimer o una demenza da lieve a moderata, preferibilmente con un familiare/amico per aiutare a identificare foto e ricordi rilevanti.	Persone che vivono con una demenza da lieve a moderata e caregiver. Può essere utile identificare alcuni ambiti di interesse dei partecipanti prima di iniziare l'intervento.
Indicazioni Umore fleppo, sintomi depressivi, ritiro sociale, ridotta qualità della vita.	Aumentare l'interazione sociale, la comunicazione e la qualità della vita.
Controindicazioni Demenza alcolica, livelli elevati di agitazione, problemi sensoriali non corretti.	Demenza alcolica, livelli elevati di agitazione, problemi sensoriali non corretti o difficoltà nella comunicazione, vittime di abusi o di violenze o persone affette da sindrome post traumatica da stress.
Contributi professionali Generalmente si intende un incontro individuale può aggiungersi un familiare per l'intera sessione o parte di essa.	Educatori, operatori, volontari, familiari. In un gruppo, è necessaria almeno una coppia di conduttori.
Contesto Ufficio o sala tranquilla all'interno dell'RSA, in un centro diurno o a domicilio della persona. Sedie comode, contesto aerato e luminoso. Assenza di interruzioni e di rumori di fondo. Bevande e generi di conforto facilmente disponibili. Tavoli per mostrare i supporti mnemonici. Rete wifi per accedere alle risorse in rete.	Salone o ampia stanza in un centro diurno o in RSA, luminosa e ventilata, con una buona acustica e senza troppo rumore in sottofondo. Bibite e generi di conforto facilmente disponibili. Sedie attorno al tavolo. Lavagna a fogli mobili o schermo ben visibile a tutti. Rete wifi per accedere alle risorse in rete.

TERAPIA DELL'AUTOBIOGRAFIA

Frequenza

Sessioni individuali.

- Periodo: da 8 a 12 settimane.
- Frequenza: almeno settimanale.
- Durata: sessione di 60 minuti.

Svolgimento delle sessioni

1 Riassumi la sessione precedente, fai un riepilogo dal *life story book* fino all'ultimo periodo di vita menzionato;
2 Passa alla fase cronologica successiva con domande aperte e valutative, utilizzando supporti per aiutare a evocare ricordi personali;
3 Pianificare la prossima sessione – chiedere eventualmente aiuto ai familiari per trovare nuovi supporti mnemonici autobiografici.

Si consiglia una pausa a metà della sessione.

Incentivare la presenza

La mancanza di coinvolgimento può essere oggetto di discussione durante la supervisione. Ciò può significare che occorre compiere maggiori sforzi per attivare la memoria autobiografica di qualche partecipante o se ci sono ricordi tristi o traumatici più difficili da evocare.

Valutazione

- Ansia e/o depressione con la Scala della Depressione (ad esempio, GDS-15) e/o la scala dell'ansia e la depressione HAD;
- Qualità della vita con il questionario QoL-AD.

SEMPLICE REMINESCENZA

In sessioni individuali o generalmente in gruppi di 6-12 partecipanti.

- Periodo: da 8 a 12 settimane.
- Frequenza: almeno settimanale.
- Durata: sessione di 60 minuti.

1 Benvenuto ed introduzione; **2** Introdurre il tema della sessione e i materiali comprese le fotografie, i ricordi e la musica; **3** Facilitare la conversazione, garantendo che tutti i partecipanti abbiano l'opportunità di parteciparvi e condividere i ricordi; **4** Pianifica la prossima sessione, offrendo ai partecipanti l'opportunità di portare i propri personali ricordi da condividere con gli altri; **5** È consigliata una pausa con rinfresco, preferibilmente in relazione al tema della sessione.

Sebbene molte persone anziane amino ricordare il passato, ciò non accade per tutti. Alcune persone possono avere difficoltà nel raccontare aspetti della loro vita privata e trovano difficile il contesto del gruppo. Le persone hanno una storia, esperienze e interessi diversi, ed alcuni partecipanti possano essere meno interessati a determinati argomenti e temi. Inoltre, talvolta possono riemergere ricordi inaspettati o traumatici. Qualora dovesse accadere, facilitatori devono essere pronti per dare tempo e supporto alla persona.

- Qualità della vita con il questionario QoL-AD;
- Linguaggio e comunicazione.
- Interesse, piacere e benessere immediato con scale visuali (ad es. scala EVIBE, una valutazione istantanea del benessere).

TERAPIA DI REMINESCENZA

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

■ Social Care Institute for Excellence (Royaume-Uni):

1 'Reminiscence for people with dementia' (include un elenco di letture, collegamenti e risorse utili, ecc.)

<https://www.scie.org.uk/dementia/living-with-dementia/keeping-active/reminiscence.asp>

2 'Creating a life story using technology' (include suggerimenti e collegamenti utili)

<https://www.scie.org.uk/dementia/support/technology/creating-life-story>

■ Collaborazione Cochrane:

1 'Do memories matter? Is reminiscence over-rated as a therapy for people with dementia?'

Evidently Cochrane, June 2018

<https://www.evidentlycochrane.net/do-memories-matter-is-reminiscence-over-rated-as-a-therapy-for-people-with-dementia/>

2 Podcast 'Reminiscence therapy for dementia'

<https://www.cochrane.org/podcasts/10.1002/14651858.CD001120.pub3>

■ Dementia UK:

'Life story work' (modello e risorse)

<https://www.dementiauk.org/for-professionals/free-resources/life-story-work/>

■ Rete europea della memoria: <http://www.europeanreminiscencenetwork.org/>

■ Lettura consigliata:

- Goldberg, A., Hodgson, S., Schweitzer, P., & Bruce, E. (2006). *Animer un atelier de réminiscence avec les personnes âgées*. Chronique sociale.
- Gibson, F. (ed.). (2019). *International perspectives on reminiscence, life review and life story work*. London: Jessica Kingsley.
- Kaiser, P., & Eley, R. (eds). (2016). *Life story work with people with dementia: ordinary lives, extraordinary people*. London: Jessica Kingsley.

SULL'AUTORE

Bob WOODS, Professore Emerito di Psicologia Clinica degli Anziani presso l'Università di Bangor, Galles, Regno Unito. A partire dagli anni '70, la sua ricerca si è concentrata sullo sviluppo dell'uso sistematico di interventi non farmacologici basati sull'evidenza per le persone con Alzheimer o demenze e i loro caregiver, compresa la stimolazione cognitiva, la reminiscenza e valutazione della vita e riabilitazione cognitiva. Le sue pubblicazioni includono Manuali pratici per operatori sanitari e oltre 200 articoli sottoposti a *peer review*.



PUNTI CHIAVE

- Migliorare la comunicazione, le interazioni sociali, la qualità della vita, l'umore, ridurre i sintomi depressivi, evitare il ritiro sociale.
- Questo intervento attiva i processi cognitivi, sociali e affettivi.
- Gli effetti osservati sono un miglioramento della qualità della vita, della cognizione, della comunicazione e una diminuzione dei sintomi psicologici e comportamentali.
- Da solo o con il caregiver per la terapia della biografia; in gruppo, da soli o con il caregiver per semplice reminiscenza.
- Per le persone che vivono con il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza demenza, fasi da lievi a moderate.

TERAPIA DI REMINESCENZA



Riferimenti

- [1] Kiernat, J.M. (1979). The use of life review activity with confused nursing home residents. *American Journal of Occupational Therapy*, 33(5), 306-10.
- [2] Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. New York: Norton, 1950.
- [3] Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094.
- [4] Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(6), 645-657.
- [5] Zhang, S. J., Hwu, Y. J., Wu, P. I., & Chang, C. W. (2015). The Effects of Reminiscence Therapy on Depression, Self-Esteem and Life Satisfaction on Institutionalized Older Adults: A Meta-Analysis. *Journal of Nursing & Healthcare Research*, 11(1).
- [6] Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T., & Hong, G. R. S. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1581-1597.
- [7] Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E.M., Spector, A.E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD001120.
- [8] Huang, H. C., Chen, Y. T., Chen, P. Y., Hu, S. H. L., Liu, F., Kuo, Y. L., & Chiu, H. Y. (2015). Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1087-1094.
- [9] Schweitzer, P., & Bruce, E. (2008). *Remembering Yesterday, Caring Today – Reminiscence in dementia care: a guide to good practice*. London: Jessica Kingsley
- [10] Woods, R. T., Orrell, M., Bruce, E., Edwards, R. T., Hoare, Z., Hounsborne, B., Keady, J., Moniz-Cook, E., Orgeta, V., Rees, J., & Russell, I. (2016). REMCARE: Pragmatic multi-centre randomised trial of reminiscence groups for people with dementia and their family carers: effectiveness and economic analysis. *PLoS ONE* 11(4): e0152843.
- [11] Orrell, M., Hoe, J., Charlesworth, G., Russell, I., Challis, D., Moniz-Cook, E., Knapp, M., Woods, B., Hoare, Z., Aguirre, E., Toot, S., Streater, A., Crellin, N., Whitaker, C., d'Amico, F., & Rehill, A. (2017). Support at Home: Interventions to Enhance Life in Dementia (SHIELD) – evidence, development and evaluation of complex interventions. *Programme Grants Applied Research*, 5(5), 1-184.



TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA

Stimolazione cognitiva

PRESENTAZIONE

A. Definizione

La terapia di stimolazione cognitiva (CST) è un intervento non farmacologico per persone che vivono con il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, che mira a migliorare la loro funzionalità cognitiva. Consiste in attività di gruppo come la categorizzazione, l'associazione di parole e discussioni sull'attualità. Queste attività stimolano implicitamente le competenze come la memoria, le funzioni esecutive e il linguaggio. Il TSC mira anche a migliorare la qualità della vita e il tono dell'umore. Le sessioni seguono una serie di principi guida che includono: facilitare la scoperta di «nuove idee, pensieri e associazioni», «massimizzare le capacità cognitive preservate» ed esprimere «opinioni piuttosto che fatti»^[1].

B. Fondamenti teorici

La CST è stata progettata sulla base di revisioni sistematiche della letteratura che esamina gli interventi chiave per le demenze^[2] combinando gli elementi più efficaci di queste terapie.

Il programma si basa su diverse teorie, tra cui la teoria dell'apprendimento e della plasticità cerebrale. Queste teorie suggeriscono che un'appropriata e calibrata stimolazione cognitiva, ad esempio attraverso la costruzione di nuove connessioni semantiche, possa portare allo sviluppo di nuovi percorsi neurali. Le teorie sociali suggeriscono che la creazione di un ambiente di gruppo ottimale e di supporto possa migliorare le competenze, ridurre lo stigma e aumentare il benessere. Infine, ci sono prove che il miglioramento della cognizione nella CST è associato ad una migliore qualità della vita^[3-4].

CONTESTO TEORICO

A. Processi implicati

- Processi fisici: integrazione sensomotoria.
- Processi cognitivi: memoria, funzioni esecutive, produzione e comprensione del linguaggio, orientamento spaziale e temporale, prassie.
- Processi comportamentali: umore, sintomi psicologici e comportamentali.
- Processi sociali: interazione sociale, comunicazione sociale.

Sulla base dei processi sopra menzionati, è importante notare che il CST mira anche a migliorare la qualità della vita e il benessere anche dei caregiver. La CST rappresenta il solo intervento non farmacologico raccomandato dall'*United Kingdom National Institute for Health and Care* (NICE) per il trattamento delle funzioni

TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA

cognitive. Attualmente è erogato da oltre l'85% dei centri per la memoria nel Regno Unito. È approvato dall'*Alzheimer's Disease International*, utilizzato in più di 31 paesi in tutto il mondo e il suo contenuto è tradotto in almeno 10 lingue.

B. Correlati neurofisiologici

La CST è un intervento non farmacologico che mira a stimolare cognitivamente le persone tramite tecniche psicologiche complesse (es. training implicito, stimolazione multisensoriale) integrato in attività di gruppo strutturate (ad esempio, associazione di parole, condivisione di notizie di attualità). Le sessioni creano un ambiente di apprendimento positivo e stimolante che mira ad attivare il funzionamento delle reti neurali esistenti e promuovere lo sviluppo di percorsi neurali alternativi. Sembra anche stimolare il lobo frontale, come è stato dimostrato negli studi che hanno esplorato i correlati neurali degli interventi non farmacologici per le persone con demenza^[5-6]. Tuttavia, ad oggi, non ci sono studi pubblicati che descrivano in modo specifico i correlati neurofisiologici della CST.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

La CST è un intervento scientificamente fondato ed è raccomandato per il trattamento di cura e sostegno alle persone affette dalla malattia di Alzheimer o da altri disturbi neurocognitivi. Una recente revisione sistematica della letteratura scientifica^[7] comprendente 12 studi (8 RCT) condotte negli Stati Uniti, nel Regno Unito, a Hong Kong, in Giappone, in Tanzania e in Portogallo, ha evidenziato che tutti gli studi hanno esaminato l'impatto sulla cognizione, con nove studi che dimostrano miglioramenti statisticamente significativo. Diversi studi hanno anche riscontrato benefici significativi per la qualità della vita, la depressione e l'impatto sui caregiver. Rilevante è che, da questa revisione sistematica della letteratura, si è concluso che il programma CST può essere ampiamente adattato linguisticamente e culturalmente, con i benefici sulla cognizione generalizzabili su scala internazionale. Da una sintesi di 22 revisioni sistematiche, che integrano 197 studi sul tema, emerge che la CST mostra le maggiori evidenze di efficacia nel migliorare il funzionamento cognitivo tra tutti gli interventi non farmacologici^[8].

Le analisi economiche hanno dimostrato che la CST è più efficace, in termini di costi rispetto alle cure abitual-

mente erogate, in rapporto ai benefici sulla cognizione e sulla qualità della vita^[9]. Inoltre, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) del Regno Unito, ha condotto una valutazione economica delle alternative ai medicinali antipsicotici per le persone affette dal morbo di Alzheimer o da altre demenze, dimostrando che, combinando i risparmi sui costi dell'assistenza sanitaria con una migliore qualità la vita, la CST praticata regolarmente potrebbe far risparmiare al NHS 54,9 milioni di sterline all'anno^[10], o circa 63,3 milioni di Euro.

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o conoscenze richieste per gestire l'intervento

La CST può essere proposta da chiunque lavori con persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altre demenze, come ad esempio gli operatori sociosanitari, gli psicologi, i terapeuti occupazionali o gli infermieri. I professionisti possono imparare a condurre un percorso di CST seguendo il manuale di studio o seguendo la formazione de visu. E' raccomandata una formazione e/o una sensibilizzazione sulla malattia di Alzheimer.

TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

SCOPO TERAPEUTICO

Profilo dei partecipanti

Persone che vivono con malattia di Alzheimer o con demenza da lieve a moderata.

Indicazioni

- Stimolazione cognitiva: memoria, funzioni esecutive e linguaggio.
- Stimolazione psicologica: umore, interazione sociale e qualità della vita.

Controindicazioni

Grave deterioramento cognitivo, grave compromissione dell'udito e/o della vista, comportamento incompatibile con una sessione di gruppo.

Contributi professionali

Personale infermieristico e socioassistenziale, psicologi, terapisti occupazionali o infermieri.

Raccomandazione: due facilitatori per gruppo.

Contesto

Sala appartata e tranquilla con comode sedie, tavolo, lavagna, palla e lettore musicale.

È possibile anche lo svolgimento di sessioni in modo virtuale, dedicato preferibilmente a persone che non sono in grado di accedere al programma de visu, per motivi di salute, mancanza di mezzi di trasporto^[11].

Frequenza

Sessioni di gruppo da 5 a 8 partecipanti.

- Periodo: cicli di 7 settimane.
- Frequenza: due volte a settimana.
- Durata: da 45 minuti a un'ora di sessione.

Svolgimento delle sessioni

1 Accoglienza dei membri individualmente; **2** Nome e canzone scelta dal gruppo stesso; **3** Orientamento temporale; **4** Discussione sull'attualità; **5** Attività principale; **6** Conclusione.

Incentivare la presenza

Per ridurre la reticenza a partecipare, i membri del gruppo dovrebbero idealmente trovarsi nella stessa fase di malattia e le attività di sessione dovrebbero essere proposte in base agli interessi dei membri del gruppo.

Valutazione

Cognizione, autonomia funzionale, comportamento, umore, qualità della vita.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

Centro Internazionale per la Terapia di Stimolazione Cognitiva: <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/international-cognitive-34>

SUGLI AUTORI

Élodie BERTRAND, Dottore in Psicologia, è neuropsicologa e docente presso l'Università degli Studi di Parigi Cité. Lavora nel Laboratorio di Memoria, Cervello e Cognizione.

Aimee SPECTOR è professoressa di psicologia dell'invecchiamento presso l'University College di Londra ed è Direttrice del Centro Internazionale per la Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST).

PUNTI CHIAVE

- Per la stimolazione cognitiva della memoria, del linguaggio, dell'attenzione-concentrazione, delle funzioni esecutive.
- Questo intervento attiva i processi fisici, cognitivi, comportamentali e sociali.
- Gli effetti osservati sono un mantenimento o addirittura un miglioramento delle funzioni cognitive e un miglioramento del tono dell'umore e della qualità della vita dei caregiver.
- Può essere svolto in gruppo.
- Per le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o un'altra forma di demenza, negli stadi da lievi a moderati.

TERAPIA DI STIMOLAZIONE COGNITIVA



Riferimenti

- [1] Aguirre E., Spector A., Streater A., Hoe J., Woods, B., & Orrell, M. (2011). *Making a Difference 2: An evidence-based group programme to offer maintenance cognitive stimulation therapy (CST)*. Hawker Publications: UK.
- [2] Spector, A., Orrell, M., Davies, S., & Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 377-397.
- [3] Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., & Orrell, M. (2006). Improve quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging & Mental Health*, 10(3): 219-226.
- [4] Woods B., Aguirre E., Spector A., & Orrell, M. (2012). Cognitive Stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD005562.
- [5] Akanuma, K., Meguro, K., Meguro, M., Sasaki, E., Chiba, K., Ishii, H., & Tanaka, N. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research*, 192(3), 183-187.
- [6] Herholz, S. C., Herholz, R. S., & Herholz, K. (2013). Non-pharmacological interventions and neuroplasticity in early stage Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(11), 1235-1245.
- [7] Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A., & Borella, E. (2019). The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia: A review. *European Psychologist*, 24(3), 257-277.
- [8] McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., & Orrell, M. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: A synthesis of systematic reviews. *Aging & Mental Health*, 23(4), 393-403.
- [9] Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., & Orrell, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: Cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*, 188(6), 574-580.
- [10] NHS Institute for Innovation and Improvement. (2011). *An economic evaluation of alternatives to antipsychotic drugs for individuals living with dementia*. The NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry House, University of Warwick Campus, Coventry, UK.
- [11] Perkins, L., Fisher, E., Felstead, C., Rooney, C., Wong, G. H. Y., Dai, R., Vaitheswaran, S., Natarajan, N., Mograbi, D. C., Ferri, C. P., Stott, J., & Spector, A. (2022). Delivering Cognitive Stimulation Therapy (CST) Virtually: Developing and Field-Testing a New Framework. *Clinical interventions in aging*, 17, 97-116.

I DISPOSITIVI DIGITALI A SERVIZIO DEGLI INF

INTRODUZIONE

Sempre più strumenti tecnologici vengono proposti nelle realtà sociosanitarie: caschi per la realtà virtuale o per la realtà aumentata, giochi su tablet, robot, ecc.

Tuttavia, si tratta di capire cosa sono questi oggetti e quali vantaggi possono portare concretamente alle persone con m. di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi e alla loro cerchia familiare e ai professionisti che si prendono cura di loro. Occorre prestare particolare attenzione alla definizione dei termini e ai fattori da prendere in considerazione ai fini del loro utilizzo efficace. Esempi specifici sono presentati nei capitoli seguenti.

DEFINIZIONE

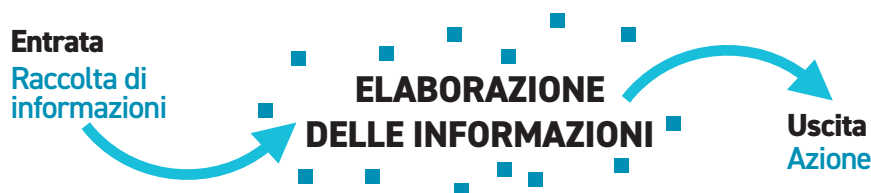
In questa parte, vengono mostrate alcune definizioni. Infatti, se è consuetudine sentir parlare di «tecnologia» («gerotecnologia», «tecnologia per la salute e autonomia»), preferiremo altri nomi a questa parola perché troppo generici e quindi un po' lontano dalla pratica nella realtà.

Innanzitutto, il termine **dispositivo digitale** è usato per designare l'insieme in cui interagiscono, nell'ambito di un intervento non farmacologico, professionisti, persone malate, famiglie (o qualsiasi altro partecipante) e lo strumento digitale.

Lo strumento digitale è definito come un oggetto tecnico, cioè un oggetto fabbricato che prevede una sorta di «manuale di istruzioni». Si dice digitale se include programmi per computer, per elaborare le informazioni in arrivo (ad es. sensori di movimento) al fine di proporre azioni specifiche (ad esempio la produzione di suoni) come output. È importante per l'utente comprendere il seguente diagramma per essere in grado di utilizzare bene lo strumento.

Le funzionalità di questi strumenti è nel cercare di soddisfare i bisogni previsti per i futuri utenti: ci si aspetta di avere risposte calibrate e mirate in base a ciò che viene richiesto. Inoltre, le modalità di funzionamento (alimentazione elettrica, necessità o meno di un sostegno, ecc.) contribuiscono a migliorare la potenzialità del dispositivo digitale stesso.

Diagramma dell'elaborazione delle informazioni utilizzando uno strumento



Si sottolinea che l'utilizzo dello strumento da parte del professionista richiede una preparazione preliminare per poter esercitare la sua attività nel contesto di un INF nel modo più utile possibile. Spetta infatti al professionista scegliere lo strumento in base alle indicazioni terapeutiche definite dalla propria pratica e/o dai propri obiettivi. Spetta ancora a quest'ultimo, garantire una buona interazione tra i malati, gli altri partecipanti e lo strumento.

ESEMPI DI DISPOSITIVI DIGITALI

Attualmente, vengono offerti una miriade di strumenti digitali. Grazie al progresso tecnico, gli studi effettuati e la loro accettabilità nel campo della sanità e dell'assistenza psico sociale sono in costante aumento ed è certo che si evolveranno molto rapidamente negli anni a venire.

Basti pensare che i tablet touchscreen sono ormai molto presenti nelle scuole. Oltre alla possibilità di comunicare a distanza con i propri cari, offrono anche funzionalità (produzioni o registrazioni vocali e video, giochi, ecc.) che possono essere di gran supporto per gli INF.

I robot sono scesi in campo con queste stesse funzionalità, ma con un design che porta altre potenzialità (mobilità, ad esempio). A seconda del bisogno individuato (diagnosi, miglioramento di determinate competenze, ecc.) e del ruolo che stiamo cercando di farli giocare con gli utenti (compagno di giochi, mediatore, modello...) questi robot possono variare nel loro aspetto (zoomorfi, umanoidi, piattaforme mobili, ecc.). Uno dei capitoli presenta, infatti, i robot sociali animaloidi.

Altri due capitoli permettono di scoprire le potenzialità degli strumenti che utilizzano la realtà aumentata o la realtà virtuale per arricchire le esperienze offerte agli utenti e ai loro cari.

Infine, tra i tanti strumenti digitali, è necessario essere consapevoli anche utensili per attività specifiche (apparecchi sonori o musicali, biciclette connesse, ecc.).

Qualunque sia il tipo di oggetto, è necessario pensare ogni volta alla loro inclusione tra i dispositivi potenziali e, più in generale, al loro contesto di utilizzo (stabilimento, casa, ecc.). Questo è necessario per non rimanere solo affascinati dall'oggetto, ma sfruttarlo in tutte le potenzialità.

I DISPOSITIVI DIGITALI A SERVIZIO DEGLI INF

ATTENZIONI PARTICOLARI NELL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI ELETTRONICI

A causa delle loro specificità, gli strumenti digitali richiedono di portare un'attenzione particolare ad una serie di fattori:

- **Fattori tecnici:** la conservazione dell'oggetto o dei suoi accessori (caricabatterie, telecomando, ecc.) deve essere pensata in anticipo per facilitarne l'uso e l'accessibilità. È necessario anche tenere conto delle questioni relative alle connessioni Internet o all'alimentazione elettrica per evitare guasti durante la sessione o per motivi di sicurezza (far pendere un cavo può essere pericoloso...). Infine, l'installazione del dispositivo (sedie, luce, stanza, ecc.) deve essere integrata nel pensiero di gruppo (es. una certa posizione può complicare l'uso per alcuni, un certo tavolo può essere facilmente spostato dai colleghi e poi serve tempo per poterlo rimettere a posto...) e ciò può richiedere tempo extra per la gestione dell'attività.
- **Fattori fisici:** Ovviamente, si tratta di conoscere l'impatto di questi oggetti sulla salute degli utenti, in modo di adottare le opportune precauzioni. Inoltre, senza rendersene conto, l'oggetto guida i nostri comportamenti corporei (ci impone gesti o una sequenza precisa di azioni) e influenza la nostra postura (ci posizioniamo in modo diverso nel corpo a seconda del dispositivo). Questi vincoli possono talvolta essere in contrasto con le modalità consuete dei professionisti, ad esempio lavorare vis à vis non è la stessa cosa del lavorare fianco a fianco o dietro un computer). Discutere di queste condizioni è anche darsi i mezzi per definire compiti specifici di ciascuno all'interno del lavoro di equipe.
- **Fattori «gnosologici» (che riguardano la conoscenza) :** Molto spesso, l'uso di un oggetto è accompagnato da un lessico tecnico e da conoscenze tecniche. Il fatto che queste competenze siano possedute o meno può essere un'opportunità all'interno dell'istituzione per ridistribuire, anche in minima parte, i ruoli di ciascuno. Stabilire scambi in equipe consente di evitare possibili tensioni apportate da questi cambiamenti.

■ **Fattori «assiologici» (che riguardano i valori)** : Oltre alla questione degli interessi di ciascun individuo e soddisfazioni che tutti cercano di ottenere dall'utilizzo di queste tecnologie, possono sorgere in équipe delle domande relative ai valori che accompagnano il lavoro, o dubbi etici. La raccolta di dati resa possibile da queste tecnologie richiede che tutte le parti coinvolte siano informate e protette.

■ **Fattori economici**: Sarà inoltre necessario tenere conto dei fornitori di servizi e strumenti (i produttori che offrono il dispositivo, ad esempio). Queste nuove relazioni sono necessarie, anche per gestire gli aggiornamenti del sistema, il servizio post-vendita o le licenze richieste. L'uso di queste tecnologie richiede quindi anche una valutazione economica di fattibilità da non trascurare.

Questi fattori devono essere oggetto di una riflessione comune prima di un investimento. Infatti, una volta che l'effetto «Wow» è sfumato, può accadere che lo strumento resti nell'armadio proprio a causa di questi «dettagli».

CONCLUSIONI

Come riportano i capitoli seguenti, molti dispositivi digitali sono proposti ad oggi nell'ambito dell'assistenza geriatrica. Essi entrano con un grande interesse a far parte degli INF. L'esperienza dimostra, tuttavia, che la l'evoluzione tecnica dello strumento e dell'ambiente è uno dei fattori chiave che ne determinano la buona riuscita.

SUGLI AUTORI

Dimitri DELACROIX è ricercatore in Scienze Umane e Sociali e dirige HUTECH (Saint-Etienne).

Lydie DONDELLI è dottoranda presso il Centre for Research on Education, Learning and Didactics (Rennes) e presso MJ INNOV (Saint-Etienne) e ricercatrice associato in Scienze dell'Educazione e Formazione presso HUTECH.

Rénauld GABORIAU è ricercatore in neuropsicologia, direttore scientifico di HUTECH (Saint-Etienne).



LA REALTÀ VIRTUALE CON L'USO DEI VISORI

PRESENTAZIONE

A. Definizione

Nel settore sanitario, la realtà virtuale (VR) tramite visore si riferisce a tutti i dispositivi digitali immersivi che vengono indossati sul viso. Questi immergono l'utente in un ambiente realistico e immateriale trasmettendo immagini a 360° del mondo reale o immagini di ambienti modellati al computer in 3D. Alcuni sistemi si limitano alla restituzione visiva dei movimenti della testa e sono appropriati per interventi contemplativi in posizione seduta, mentre altri consentono anche di muoversi fisicamente nel mondo virtuale e offrire maggiore interattività.

B. Fondamenti teorici

La realtà virtuale con visore consente di:

- immersione: ci si dimentica che si sta utilizzando un visore;
- la sensazione di presenza: l'impressione dell'esistenza fisica nel mondo virtuale.

Questi pongono il partecipante in una situazione ecologica, in un ambiente fedele al mondo abituale, promuovendo così la trasferibilità delle azioni e delle emozioni.

CONTESTO TEORICO

La realtà virtuale con visore consente di:

- stimolare la cognizione^[1-2], ossia la memoria di lavoro e i processi attentivi attraverso compiti interattivi di memorizzazione^[3]. Può supportare il processo decisionale e la pianificazione, nonché la reminiscenza attraverso l'immersione in ambienti familiari;
- ridurre i disturbi dell'umore (sindrome ansioso-depressiva e disturbi neuropsichiatrici) e disturbi psicologici e comportamentali (ambienti calmanti e rilassanti)^[4];

- promuovere una migliore autostima e incoraggiare l'espressione individuale con piccoli laboratori in gruppo per esempio;
- stimolare il coinvolgimento dei partecipanti attraverso la creazione di ambienti interattivi e personalizzati;
- migliorare la forma fisica attraverso esercizi mirati (equilibrio, coordinazione), ridurre il rischio di cadute;
- generare più interazioni sociali per promuovere i legami sociali, aiutare a combattere isolamento e promuovere il benessere^[5-6];
- trasferire l'apprendimento delle competenze sollecitate in ambiente virtuale all'ambiente reale.

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

In gerontologia, gli scopi terapeutici o ricreativi dell'uso di visori possono essere molteplici. Il loro uso mostra, in particolare, effetti benefici sui seguenti indicatori di salute:

- riduzione dell'intensità e la frequenza dei disturbi psicologici e comportamentali^[7].
- rallentamento del declino delle funzioni cognitive come la memoria, l'esplorazione visuo spaziale o le funzioni esecutive^[8-9]. Non è chiaro se i visori abbiano un effetto migliore rispetto agli interventi utilizzando schermi interattivi^[10].
- I visori sono utili per creare legami sociali tra residenti e famiglie, migliorarne il benessere e la qualità di vita^[6].

La letteratura si concentra principalmente su persone con disturbi cognitivi lievi o moderati. L'effetto degli interventi con visori su persone con deficit cognitivi gravi e profondi è poco studiato.

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o competenze necessarie per attuare l'intervento

L'uso terapeutico del visore è riservato a professionisti della salute, psicologi e paramedici formati all'uso specifico di ciascun dispositivo e formati sulla malattia di Alzheimer. L'uso ricreativo è possibile con un professionista il supporto addestrato all'utilizzo del dispositivo.

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

- Le controindicazioni all'uso dei visori sono una storia clinica di epilessia, l'uso del pacemaker, presenza di allucinazioni o grave ipovisione.
- Una sessione tipica è organizzata in tre fasi:
 - 1) un tempo introduttivo per informare la persona di ciò che sta per vivere, per verificare che sia in grado di

LA REALTÀ VIRTUALE CON L'USO DEI VISORI

comprenderlo e che sia focalizzato sugli obiettivi della sessione;

- 2) si consiglia un tempo di esposizione fino a 20 minuti per evitare effetti avversi. Liberare spazio fisico intorno all'individuo evita eventuali collisioni durante gli spostamenti;
- 3) un momento conclusivo e di condivisione sulla sessione. Dopo la rimozione del casco è preferibile passare ad una luce soffusa.

- Indossare visori può essere percepito come invasivo. Per facilitare l'accettazione, è possibile lasciare il controllo all'individuo sull'esposizione, presentando il casco come un binocolo da tenere in mano.
- I visori possono causare effetti collaterali come mal di testa, mal di stomaco, nausea, sudorazione insolita, irritazione della pelle del viso e disorientamenti temporo-spaziali. Questi di solito svaniscono in meno di 30 minuti. Se compaiono questi segni, l'esposizione deve essere interrotto fino alla scomparsa dei sintomi.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

- ANSES. (2014). *Effets sanitaires potentiels des technologies audiovisuelles en 3D stéréoscopique*. <https://www.anses.fr/en/system/files/AP2011sa0334Ra.pdf>
- ANSES. (2021). *Expositions aux technologies de réalité virtuelle et/ou augmentée*. <https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2017SA0076Ra.pdf>
- Fuchs, P. (2006). *Le traité de la réalité virtuelle* (Vol. 1). Presses des MINES.

SUGLI AUTORI

Alexis BERLAND è psicomotricista e dottorando in scienze cognitive presso l'Università della Sorbona ED158, CNRS, Istituto di Sistemi Intelligenti e Robotica; MINES Parigi, Università di Ricerca PSL, Centre for Robotics; Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

Cassandra QUIN è una psicologa clinica in gerontologia, lavora presso il Centro di Riabilitazione dell'Ospedale Universitario di Nizza, Dipartimento di Autonomia e invecchiamento (RAV).

Laura LANTERMINO è psicologa clinica in gerontologia presso l'Ospedale Universitario di Nizza, Dipartimento di Riabilitazione Autonomia e invecchiamento (RAV).

Anne-Julie VAILLANT-CISZEWICZ è una psicologa clinica in gerontologia, borsista post-dottorato, lavora attualmente presso l'Ospedale Universitario di Nizza, centro di Riabilitazione Autonomia e Invecchiamento (URC).

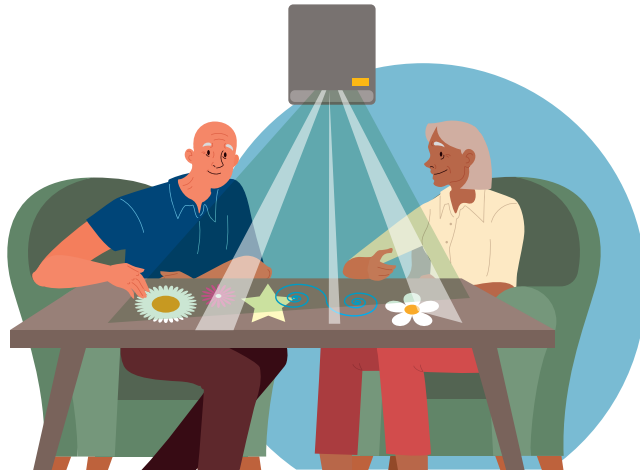
PUNTI CHIAVE

- Miglioramento delle capacità cognitive.
- Riduzione dei disturbi psico-comportamentali.
- Miglioramento delle interazioni sociali e della qualità della vita.
- Una sessione tipica contiene 3 fasi (introduzione, esposizione, conclusione).
- Vigilanza sui possibili effetti avversi.
- Indicato per le persone con deterioramento cognitivo lieve o moderato.



Riferimenti

- [1] Yen, H. Y., & Chiu, H. L. (2021). Virtual Reality Exergames for Improving Older Adults' Cognition and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(5), 995–1002.
- [2] Liao, Y. Y., Tseng, H. Y., Lin, Y. J., Wang, C. J., & Hsu, W. C. (2020). Using virtual reality-based training to improve cognitive function, instrumental activities of daily living and neural efficiency in older adults with mild cognitive impairment. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 56(1), 47–57.
- [3] Manera, V., Chapoulie, E., Bourgeois, J., Guerchouche, R., David, R., Ondrej, J., Drettakis, G., & Robert, P. (2016). A Feasibility Study with Image-Based Rendered Virtual Reality in Patients with Mild Cognitive Impairment and Dementia. *PLoS one*, 11(3), e0151487.
- [4] Appel, L., Kisonas, E., Appel, E., Klein, J., Bartlett, D., Rosenberg, J., & Smith, C. N. (2021). Administering Virtual Reality Therapy to Manage Behavioral and Psychological Symptoms in Patients With Dementia Admitted to an Acute Care Hospital: Results of a Pilot Study. *JMIR formative research*, 5(2), e22406.
- [5] Kwan, R. Y. C., Ng, F., Lam, L. C. W., Yung, R. C., Sin, O. S. K., & Chan, S. (2023). The effects of therapeutic virtual reality experience to promote mental well-being in older people living with physical disabilities in long-term care facilities. *Trials*, 24(1), 558.
- [6] Lin, C. X., Lee, C., Lally, D., & Coughlin, J. F. (2018). Impact of virtual reality (VR) experience on older adults' well-being. In *Human Aspects of IT for the Aged Population. Applications in Health, Assistance, and Entertainment: 4th International Conference, ITAP 2018, Held as Part of HCI International 2018, Las Vegas, NV, USA, July 15–20, 2018, Proceedings, Part II 4* (pp. 89–100). Springer International Publishing.
- [7] Moreno, A., Wall, K. J., Thangavelu, K., Craven, L., Ward, E., & Dissanayaka, N. N. (2019). A systematic review of the use of virtual reality and its effects on cognition in individuals with neurocognitive disorders. *Alzheimer's & dementia (New York, N. Y.)*, 5, 834–850.
- [8] Optale, G., Urgesi, C., Busato, V., Marin, S., Piron, L., Priftis, K., Gamberini, L., Capodieci, S., & Bordin, A. (2010). Controlling memory impairment in elderly adults using virtual reality memory training: a randomized controlled pilot study. *Neurorehabilitation and neural repair*, 24(4), 348–357.
- [9] White, P. J., & Moussavi, Z. (2016). Neurocognitive Treatment for a Patient with Alzheimer's Disease Using a Virtual Reality Navigational Environment. *Journal of experimental neuroscience*, 10, 129–135.
- [10] Yu, D., Li, X., & Lai, F. H. (2023). The effect of virtual reality on executive function in older adults with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 27(4), 663–673.



LA REALTÀ AUMENTATA

PRESENTAZIONE

A. Definizione

La realtà aumentata (AR) definisce la capacità di aggiungere elementi virtuali in tempo reale bi o tridimensionali (2D o 3D) agli elementi dell'ambiente abituale grazie a dispositivi tecnologici, con possibilità di interattività. I contenuti possono essere fruiti tramite videoproiettori (fissati al soffitto, o su uno stand) o applicazioni digitali da un terminale (computer, tablet, ecc.).

Nel caso dell'AR in 3D, è possibile utilizzare immagini, loghi o codici QR, che offrono i loro contenuti digitali non appena una telecamera li individua.

B. Fondamenti teorici

L'AR ha ormai più di 40 anni di storia. Il settore industriale (in particolare quello aeronautico) è stato quello che in primo luogo, si è interessato ai processi coinvolti (cognitivi, fisici, psicologici e sociali) implicati. Questi stimoli hanno attirato l'attenzione della comunità medico scientifica e hanno incoraggiato la creazione di ricerche e nuovi strumenti per facilitare la diagnosi o l'assistenza nel deterioramento cognitivo.

CONTESTO TEORICO

A seconda degli obiettivi che vengono dati alle attività con realtà aumentata, possono essere coinvolti diversi processi :

- **Processi fisici e sensoriali:** capacità motorie (fini e globali), stimolazione sensoriale, capacità percettive, deambulazione ed equilibrio, coordinazione motoria.
- **Processi cognitivi:** produzione e comprensione del linguaggio (orale e scritto), capacità di memoria, abilità logico-matematiche, funzioni esecutive, schema corporeo, flessibilità, cognizione sociale.

- **Processi comportamentali:** coinvolgimento nell'attività, rilassamento, espressione delle emozioni, piacere, creatività.
- **Processi sociali:** interazioni sociali, pragmatica del linguaggio, relazione tra gli utenti e con i caregiver (familiari e professionali).

A seconda degli obiettivi delle attività, possono essere attivate diverse aree e aree cerebrali (motoria, somato-sensoriale, cervelletto, aree emotive, centri della memoria, linguaggio, ecc.) e si può innescare la secrezione di ormoni del «benessere».

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Studi su animali (roditori) con le alterazioni della malattia di Alzheimer (con tutto la cautela epistemologica che si può avere rispetto a questi modelli^[1]) sono arrivati a dimostrare un miglioramento delle prestazioni mnesiche e una promozione della plasticità cerebrale, frequente negli ambienti arricchiti^[2].

Dalle necessità emerse durante la pandemia di Covid19, sono stati effettuati numerosi studi per valutare i benefici AR (2D e 3D) nelle persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi.

Nonostante i limiti metodologici spesso riscontrati nella valutazione degli INF^[3], emergono dati incoraggianti rispetto alla potenzialità della realtà aumentata di rinforzare e/o mantenere le attività della vita quotidiana e di contrastare l'isolamento sociale^[4-5].

Gli effetti in altre aree sono stati valutati e possono essere ritenuti generalizzabili:

- a livello psicologico, gestire l'ansia o incrementare le emozioni positive^[6],
- a livello comportamentale, stimolazione delle interazioni sociali e sensoriali e l'aumento della soddisfazione^[7],
- a livello fisico, la migliore gestione del dolore cronico^[8],
- a livello cognitivo, la stimolazione dell'attenzione^[9],

L'intervento può essere utilizzato anche da caregiver e professionisti per gestire meglio la patologia.

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o competenze necessarie per attuare l'intervento

Attualmente non esiste un quadro legislativo e/o professionale per l'utilizzo della realtà aumentata con le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi. Tuttavia, L'AR può essere combinata con interventi tecnologici^[10] nell'ambito di attività preventive, o terapeutiche effettuate da un professionista della salute formato nella malattia di Alzheimer e sugli Interventi Non Farmacologici.

LA REALTÀ AUMENTATA

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

È importante avere una buona comprensione di come funziona lo strumento per poter proporre attività adeguate ed appropriate all'utenza. Pertanto, a seconda degli obiettivi prefissati, si possono utilizzare strumenti di proiezione interattivi su più supporti (tavolo, pavimento, ecc.) ed essere accompagnato da differenti accessori (penne interattive, racchette, ecc.).

Gli INF che utilizzano l'AR sono indicati per tutte le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altre forme di demenza, indipendentemente dallo stadio di gravità della malattia. Le indicazioni terapeutiche sono la stimolazione sociale, cognitiva, sensoriale, fisica, emotiva e la miglior gestione dei disturbi psicologici e comportamentali. Le controindicazioni per l'AR 3D sono la cybercinetosi (nausea, mal di testa, ecc.), disturbi del sonno, epilessia.

Una sessione (individuale o in gruppo di massimo 6 persone) dura al massimo un'ora, può essere un evento sporadico o programmato (una o due volte alla settimana). Segue una curva di intensità crescente con giochi via via più stimolanti, a seconda degli obiettivi e infine si torna ad attività più tranquille.

Le persone sono invitate a partecipare al proprio ritmo, in base alle proprie capacità. La valutazione varia a seconda degli obiettivi perseguiti.

Per uno scopo ricreativa, l'indicazione è la volontà di incidere sul benessere e sul piacere delle persone a partecipare. E' possibile, in questa cornice, facilitare incontri intergenerazionali o con i membri della famiglia.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

■ Rapporto sulla missione della realtà virtuale e della realtà aumentata:

<https://www.vie-publique.fr/rapport/276458-rapport-sur-la-realite-virtuelle-et-la-realite-augmentee>

SUGLI AUTORI

Dimitri DELACROIX è ricercatore in Scienze Umane e Sociali e dirige HUTECH (Saint-Etienne).

Lydie DONDELLI è dottoranda presso il Centre for Research on Education, Learning and Communication (CREAD) (Rennes) e presso MJ INNOV (Saint-Etienne) e ricercatrice associata in Scienze dell'Educazione e della Formazione presso HUTECH.

Rénauld GABORIAU è ricercatore in neuropsicologia e direttore scientifico di HUTECH (Saint-Etienne).

PUNTI CHIAVE

- Per le persone che vivono con il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, indipendentemente dallo stadio della malattia.
- Individualmente, in gruppo, con i propri cari, attività intergenerazionali.
- Stimolazione sensoriale, fisica, emotiva, sociale, cognitiva, riduzione dei disturbi del comportamento.



Riferimenti

- [1] Castel, P.-H. (2009). *L'esprit malade. Cerveaux, folie, individus*. Ithaque, Paris.
- [2] Frick, K. M., & Fernandez, S. M. (2003). Enrichment enhances spatial memory and increases synaptophysin levels in aged female mice. *Neurobiology of aging*, 24(4), 615-626.
- [3] Leng, M., Zhao, Y., & Wang, Z. (2020). Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103489.
- [4] Bruil, L., Adriaansen, M. J., Groothuis, J. W., & Bossema, E. R. (2018). Quality of life of nursing home residents with dementia before, during and after playing with a magic table. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 49, 72-80.
- [5] Dickinson, R., Kimball, J., Fahed, M., Chang, T., Sekhon, H., & Vahia, I. V. (2023). Augmented Reality (AR) in Dementia Care : Understanding its Scope and Defining its Potential. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(3, Supplement), S132-S133.
- [6] Chamberland, C., Bransi, M., Boivin, A., Jacques, S., Gagnon, J., & Tremblay, S. (2023). The effect of augmented reality on preoperative anxiety in children and adolescents : A randomized controlled trial. *Paediatric anaesthesia*, 34(2), 153-159.
- [7] Kawazoe, A., Reardon, G., Woo, E., Di Luca, M., & Visell, Y. (2021). Tactile Echoes : Multisensory Augmented Reality for the Hand. *IEEE Transactions on Haptics*, 14(4), 835-848.
- [8] Matthie, N. S., Giordano, N. A., Jenerette, C. M., Magwood, G. S., Leslie, S. L., Northey, E. E., Webster, C. I., & Sil, S. (2022). Use and efficacy of virtual, augmented, or mixed reality technology for chronic pain : A systematic review. *Pain Management*, 12(07), 859-878.
- [9] Pérez-Fuster, P., Herrera, G., Kossyvak, L., & Ferrer, A. (2022). Enhancing Joint Attention Skills in Children on the Autism Spectrum through an Augmented Reality Technology-Mediated Intervention. *Children*, 9(2), 258.
- [10] Ninot, G., Boulze-Launay, I., Bourrel, G., Gerazime, A., Guerdoux-Ninot, E., Lognos, B., Libourel, T., Mercier, G., Engberink, A. O., Rapior, S., Senesse, P., Trouillet, R., & Carbonnel, F. (2018). De la Définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*, 1(1), 21-27.



ROBOT SOCIALI ANIMALEIDI

PRESENTAZIONE

A. Definizione

I robot animali sono robot sociali che assomigliano ad animali, come un cucciolo di foca (Paro), un gatto o un cane (JustoCat, Joy For All Companion Pets). Sono dotati di sensori (tattili, luminosi, uditivi, posturali), grazie ai quali possono reagire a suoni, movimenti, alle carezze. Questi sensori consentono a determinati modelli di robot di adattare il loro comportamento al modulano i loro segnali in base alle risposte dell'utente e favoriscono il coinvolgimento degli utenti.

B. Fondamenti teorici

La mediazione robotica offre la possibilità di entrare in contatto con la persona malata, in particolare quando la gravità dei deficit cognitivi influisce in modo significativo sulle capacità comunicative e sulla possibilità di costruire un'alleanza terapeutica efficace.

La mediazione robotica può anche aiutare a ridurre il carico di lavoro percepito dai caregiver (sforzo complessivo richiesto dalla cura, frustrazione) attraverso la diminuzione delle manifestazioni comportamentali critiche.

CONTESTO TEORICO

I robot sociali possono:

- stimolare l'attenzione della persona su una stimolazione sensoriale rilassante (tattile, visiva, uditiva) e rassicurante, migliorare la gestione di alcuni comportamenti (opposizione, passeggiate, agitazione/aggressività) frequenti nelle persone con demenza o disturbo neurocognitivo maggiore;
- facilitare gli scambi sociali (utilizzare il robot come argomento di discussione). Il robot funge da mediatore per persone con disturbi della comunicazione e dell'interazione sociale (apatia);
- fungere da distrazione cognitiva (la distrazione ha un effetto analgesico sul dolore) e/o emotiva (stati emoti-

vi positivi riducono la percezione di dolore) nella gestione del dolore e/o dello stress legato alla cura. Ad esempio, il robot viene utilizzato nelle persone con demenza nelle fasi più gravi, accompagnate da dolorose retrazioni tendinee o pazienti affetti da patologie oncologiche dolorose;

- permettere la stimolazione cognitiva delle persone basata sulla reminiscenza (parlando di animali da compagnia, visite allo zoo, gite effettuate, ecc.);
- offrire un senso di comfort e sicurezza nel trattamento dei disturbi psicoaffettivi, incoraggiando la persona a concentrarsi su un'esperienza o un ricordo piacevole (esperienze tattili e sensoriali fornite dal robot).

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

Molti autori hanno dimostrato che la maggior parte delle persone anziane che sperimentano con robot animali li accettano volentieri, si divertono a manipolarli e a interagire con loro^[1-3]. Alcuni anziani non amano le interazioni con i robot animali^[4], possono averne paura, anche a causa di precedenti esperienze traumatiche.

Gli studi più robusti sull'impatto dei robot animali riguardano il robot PARO e hanno evidenziato i numerosi vantaggi degli interventi che utilizzano questo robot in un ambiente geriatrico: riduzione dei disturbi psicologici e comportamentali (ad esempio ansia, depressione, agitazione)^[5], miglioramento della qualità della vita^[6], riduzione dell'uso di psicofarmaci e analgesici nei pazienti con persone affette da disturbi neurocognitivi maggiori^[7], nonché una diminuzione delle manifestazioni comportamentali del dolore durante gli atti di cura^[8]. L'uso del robot può anche favorire la comunicazione, il contatto verbale e tattile e la condivisione delle emozioni, svolgendo il ruolo di «facilitatore sociale»^[9-10].

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

A. Formazione e/o competenze necessarie per attuare l'intervento

Conoscere le funzionalità del robot, la programmazione delle funzioni richieste, risolvere semplici problemi tecnici, saper ricaricare e pulire il robot. Conoscere anche le precauzioni per l'utilizzo del robot, saperlo presentare al paziente, essere consapevole dei suoi effetti, saper adattare la terapia alle reazioni del paziente.

Fortemente raccomandata una formazione e/o sensibilizzazione sulla malattia di Alzheimer.

B. Consigli pratici ed indicazioni cliniche

Prima di implementare interventi robotici in RSA, è consigliabile:

- discutere con i membri dell'équipe su come i robot animali potrebbero essere di aiuto per soddisfare i bisogni delle persone. Il supporto del *team* al progetto è essenziale per il suo successo;
- assicurarsi che il *team* disponga delle risorse umane necessarie per condurre interventi gli interventi;
- esaminare i diversi modelli di robot animali disponibili e scegliere quello che sembra essere il più adatto al soddisfare al meglio le esigenze dell'utenza;

ROBOT SOCIALI ANIMALEIDI

- formare il *team* per condurre interventi con i *Pet robot*. Pianificazione di periodici corsi di formazione, anche a distanza;
- identificare le persone che potrebbero potenzialmente trarre vantaggio dall'intervento con il robot. Sollecitare il loro consenso e informare le famiglie;
- definire la struttura generale del programma di intervento (numero di sessioni, impostazione, luogo, durata, frequenza) e sessioni (contenuti, esercizi, ecc.). Il robot può essere utilizzato in piccoli gruppi (da 4 a 6 partecipanti) o in contesto individuale, in base agli obiettivi e alle esigenze, solitamente sotto la supervisione di un professionista;
- definire una modalità per il monitoraggio dell'attività;
- Discutere i risultati del programma di intervento con il robot in *team* durante le sessioni di debriefing, affrontando tutte le questioni etiche e deontologiche che emergono dall'equipe.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

Pino, M., & Rigaud, A.-S. (2021). L'utilisation des robots thérapeutiques pour les personnes âgées. Dans S. Tisseron & F. Tordo, *Pratiquer les cyberpsychothérapies—Jeux vidéo. Réalité virtuelle. Robots*. (p. 183-192). Dunod.

PUNTI CHIAVE

- L'intervento con il robot, ove indicato, dovrebbe essere integrato nel piano individuale di cura e assistenza (PAI).
- Il protocollo per la presentazione e l'utilizzo del robot deve rispettare la percezione che l'utente ha del robot.
- I professionisti che utilizzano i robot nelle loro pratiche dovrebbero beneficiare di formazione e un *follow-up* regolare per consentire loro di assumere la responsabilità della tecnologia adottata e adattare la mediazione con lo strumento alle esigenze dell'assistenza.
- La realizzazione di questi interventi richiede risorse umane e materiali che devono essere presi in considerazione, ma i benefici ottenuti possono superare l'investimento richiesto.
- Un rigoroso protocollo di igiene del robot è essenziale per evitare il rischio di trasmissione di malattie.

SUGLI AUTORI

Maribel PINO (PhD in Psicologia Cognitiva, HDR) è la direttrice del Broca Living Lab (APHP, Università di Edimburgo, Paris Cité EA4468). Ha ricevuto il Premio Joël Ménard (Fondazione Alzheimer, 2017) per la sua ricerca sul sostegno dato dalla tecnologia alle persone affette dalla malattia di Alzheimer.

Anne-Sophie RIGAUD è professoressa di medicina (Université Paris Cité), capo del dipartimento di geriatria (Ospedale Broca, AP-HP), capo del Centro di Memoria e Ricerca per la malattia di Alzheimer nell'Île-de-France Sud. È direttrice dell'Equipe di Accoglienza 4468 Paris-Cité.



Riferimenti

- [1] Abbott, R., Orr, N., McGill, P., Whear, R., Bethel, A., Garside, R., Stein, K., & Thompson-Coon, J. (2019). How do «robopets» impact the health and well-being of residents in care homes? A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International journal of older people nursing*, 14(3), e12239.
- [2] Koh, W. Q., Felding, S. A., Budak, K. B., Toomey, E., & Casey, D. (2021). Barriers and facilitators to the implementation of social robots for older adults and people with dementia: a scoping review. *BMC geriatrics*, 21(1), 351.
- [3] Shibata, T., & Wada, K. (2011). Robot therapy: a new approach for mental healthcare of the elderly—a mini-review. *Gerontology*, 57(4), 378-386.
- [4] Leng, M., Liu, P., Zhang, P., Hu, M., Zhou, H., Li, G., Yin, H., & Chen, L. (2019). Pet robot intervention for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry research*, 271, 516-525.
- [5] Pu, L., Moyle, W., Jones, C., & Todorovic, M. (2019). The Effectiveness of Social Robots for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *The Gerontologist*, 59(1), e37-e51.
- [6] Jørganson, N., Pedersen, I., Rokstad, A. M., & Ihlebæk, C. (2015). Effects on Symptoms of Agitation and Depression in Persons With Dementia Participating in Robot-Assisted Activity: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 867-873.
- [7] Petersen, S., Houston, S., Qin, H., Tague, C., & Studley, J. (2017). The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 55(2), 569-574.
- [8] Demange, M., Lenoir, H., Pino, M., Cantegreil-Kallen, I., Rigaud, A. S., & Cristancho-Lacroix, V. (2018). Improving well-being in patients with major neurodegenerative disorders: differential efficacy of brief social robot-based intervention for 3 neuropsychiatric profiles. *Clinical interventions in aging*, 13, 1303-1311.
- [9] Abdi, J., Al-Hindawi, A., Ng, T., & Vizcaychipi, M. P. (2018). Scoping review on the use of socially assistive robot technology in elderly care. *BMJ open*, 8(2), e018815.
- [10] Pino, M., Charlieux, B., Bec, A., Demange, M., & Rigaud, A.-S. (2018). Les robots sociaux : quel impact et quels enjeux dans la maladie d'Alzheimer ? Dans S. Tisseron & F. Tordo (Dir.), *Robots, de nouveaux partenaires de soins psychiques* (p. 147-156). Érès.

FOCUS SU PARO



PRESENTAZIONE

PARO est un robot a forma di foca qui, grazie a sensori e ad un algoritmo di analisi, interagisce con l'utente tramite movimenti della testa e delle pinne, e brevi versi che gli permettono di manifestare gioia, sorpresa o disagio. PARO permette di mediare la relazione tra due persone favorendo l'emergere di situazioni sociali e interazioni.

Questo strumento può essere paragonato alla mediazione animale nella sua attuazione e nelle sue indicazioni, limitando però i possibili effetti negativi del rapporto con l'animale (ricordi di morsi, graffi, versi molesti) e alcuni vincoli organizzativi (cure veterinarie, igiene, alimentazione, sicurezza).

Questo sistema è particolarmente adatto per supportare le persone che vivono con la malattia di Alzheimer o altre forme di demenza, in tutte le fasi della malattia.

CONTESTO TEORICO

PARO permette la creazione di un nuovo mondo tra reale e immaginario in un'attività «come se». Ciò che accade nel mondo immaginario è molto reale per chi lo vive, si prende per vero qualcosa che non lo è, ma le emozioni e gli affetti presenti nel gioco sono vissute in modo autentico, soprattutto l'empatia per il *pet robot*.

PARO sollecita i processi cognitivi (attivazione cognitiva, stimolazione della memoria, immaginazione, gioco), psicologici e comportamentali (effetto calmante con riduzione dello stress e dell'ansia, espressione delle emozioni, sensazione di cura e piacere), sociali (ascolto, miglioramento e facilitazione delle interazioni sociali, della comunicazione e della qualità della vita), fisici e sensoriali (tatto, gestione del dolore fisico distogliendo l'attenzione durante la cura, riduzione di pressione sanguigna, frequenza cardiaca e spasticità).

VALUTAZIONE SCIENTIFICA

L'utilizzo del robot PARO ha mostrato effetti positivi sulla prevenzione della solitudine, sull'autoefficacia, sulle interazioni sociali, sulla comunicazione, sulla qualità della vita e sui sintomi psicologici e comportamentali (depressione, apatia, ansia, irritazione, aggressività)^[1-3]. Secondo questi studi, la presenza del *pet robot* favorisce il contatto verbale e tattile, l'espressione e la comunicazione di emozioni e, in alcuni casi, il riemergere di ricordi precedenti. Numerosi studi hanno dimostrato anche un'accresciuta capacità di comunicazione negli anziani residenti nelle case di cura e una migliore interazione con il personale infermieristico e assistenziale^[4-5].

Dopo l'interazione con PARO, si osserva una maggiore attivazione dell'attività neurale corticale, in particolare nelle aree corrispondenti al riconoscimento delle espressioni emotive e dei gesti correlati alle emozioni, ma anche in quelle corrispondenti al linguaggio^[1].

APPLICAZIONE E CONSIGLI PRATICI

PARO è un dispositivo medico di classe I molto facile da usare. È necessaria una formazione, prima di presentare il *pet robot* ad anziani e famiglie e affinché l'équipe ne comprenda la potenzialità. PARO viene utilizzato in sessioni individuali di 15 minuti con indicazioni specifiche (ansia, dolore, reminiscenza...) due volte a settimana e/o quando ritenuto necessario; o in gruppo per favorire la socializzazione, in sessioni settimanali di 30 minuti.

Il professionista presenta PARO e lo posiziona su un tavolo accessibile ai partecipanti in modo da favorire un primo contatto. Quindi invita all'interazione offrendo loro di entrare nel gioco e interagire con PARO: («Oh muove la testa», «Ti sta guardando», «Vuoi accarezzarlo?»). Al termine della sessione, il professionista ti invita a salutare e prende in braccio il robot.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

■ Il robot PARO: <https://www.phoque-paro.fr>

SUGLI AUTORI

Marie-Line CARRION-MARTINAUD è psicologa e membro associato dell'Istituto per lo Studio delle Relazioni Homme-Robot (IERHR, Parigi) ed è una trainer PARO nella regione Auvergne-Rhône-Alpes.

Cédric MAIZIÈRES è un ingegnere minerario e un master in economia, direttore della società Inno3Med, che ha introdotto il robot PARO in Francia nel 2014.



PUNTI CHIAVE

- Per promuovere la comunicazione, il benessere e la memoria e per limitare aggressività, solitudine e dolore.
- Questo intervento attiva processi cognitivi, psicologici e comportamentali e fisici.
- Gli effetti osservati sono un miglioramento della comunicazione, della qualità della vita e della capacità di recuperare i ricordi, ma anche una riduzione dello stress, dell'aggressività e della sensazione di solitudine.
- In gruppo, da soli o con il *caregiver*.
- Per le persone che vivono con il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza.



Riferimenti

- [1] Wada, K., Shibata, T., Musha, T., & Kimura, S. (2008). Robot therapy for elders affected by dementia. *IEEE Engineering in medicine and biology magazine*, 27(4), 53-60.
- [2] Rigaud, A. S., Pino, M., Wu, Y. H., DE Rotrou, J., Boulay, M., Seux, M. L., Hugonot-Diener, L., De Sant'anna, M., Moulin, F., Le Gouverneur, G., Cristancho-Lacroix, V., & Lenoir, H. (2011). L'aide aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et à leurs aidants par les gérontechnologies. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 9(1), 91-100.
- [3] Kidd, C. D., Taggart, W., & Turkle, S. (2006, May). A sociable robot to encourage social interaction among the elderly. In *Proceedings 2006 IEEE International Conference on Robotics and Automation, 2006. ICRA 2006*. (pp. 3972-3976). IEEE.
- [4] Carrion-Martinaud, M. & Bobillier-Chaumon, M. (2017). Présence de robots dans les ehpad. Mieux vivre la séparation familiale. *Dialogue*, 217, 45-56.
- [5] Carrion-Martinaud, M.-L., Gamkrelidze, T., Bobillier-Chaumon, M.-E., Baltenneck, N., & Eyme, J. (2017, 8-10 juillet). *Le développement de l'activité et des compétences relationnelles des aides-soignants (AS) lors de l'utilisation d'un robot émotionnel*. Congrès de Psychologie Ergonomique EPIQUE2017, Dijon.

SINTESI

Funzionamento cognitivo e comunicazione

		Attività fisica adattata	Arti-terapie	Ortoterapia	Interventi assistiti con gli animali	Interventi basati sulla danza	Musicoterapia	Riabilitazione cognitiva	Stimolazione multisensoriale	Terapia di reminiscenza	Terapia di stimolazione cognitiva
Funzionamento cognitivo	Funzionamento cognitivo complessivo										
	Fonzioni esecutive										
	Memoria										
	Attenzione										
	Orientamento										
Comunicazione verbale e non verbale	Espressione e comunicazione										
	Interazioni sociali										

Aspetti psicologici e comportamentali

	Attività fisica adattata	Arti-terapie	Ortoterapia	Interventi assistiti con gli animali	Interventi basati sulla danza	Musicoterapia	Riabilitazione cognitiva	Stimolazione multisensoriale	Terapia di reminiscenza	Terapia di stimolazione cognitiva
Sintomi psicologici e comportamentali	Sintomi generali (senza distinzione)									
	Depressione									
	Umore									
	Impegno									
	Ansia									
	Attività febbrile									
	Sindrome del crepuscolo									
	Apatia									
	Irritabilità									
	Passività									
	Agressività									
	Prescrizione di farmaci psicotropi									
Stato emotivo	Piacere									
	Salute mentale ed emotiva									
Qualità della vita e personalità	Qualità della vita correlata alla salute									
	Sensazione di benessere									
	Abilità di coping									

Abilità fiche e autonomia funzionale

		Attività fisica adattata	Arti-terapie	Ortoterapia	Interventi assistiti con gli animali	Interventi basati sulla danza	Musicoterapia	Riabilitazione cognitiva	Stimolazione multisensoriale	Terapia di reminiscenza	Terapia di stimolazione cognitiva
Fitness correlato alla salute	Prestazione fisica e condizione fisica	■				■					
	Forza muscolare	■									
Qualità e controllo del movimento	Capacità di eseguire correttamente i movimenti	■									
	Abilità motorie	■									■
Capacità di camminare	Mobilità	■				■					
	Camminare	■				■					
	Flessibilità	■				■					
	Bilancia	■			■	■					
	Rischio di caduta	■				■					
Autonomia funzionale	Capacità funzionali e indipendenza	■				■		■			■

SULLA FONDAZIONE MÉDÉRIC ALZHEIMER

Promuovendo la ricerca nelle scienze umane e sociali e nella sanità pubblica, la Fondazione Médéric Alzheimer ha lavorato, da 25 anni, per far progredire lo stato delle conoscenze sulla malattia e le sue conseguenze, ciò ha permesso di supportare i professionisti, cambiare il nostro punto di vista sulla malattia e costruire una società più inclusiva.

La Fondazione sostiene una visione globale della malattia di Alzheimer e opera con un approccio multidisciplinare e integrato: biomedico, socioassistenziale, legale, economico... Questo approccio consente comprendere meglio la malattia in tutte le sue dimensioni, partendo dalla Francia, ma arrivando al contesto internazionale.

La forza della Fondazione è quella di coniugare competenze e capacità scientifiche alle capacità di promuovere e condurre esperimenti innovativi sul campo al fine di sostenere sempre meglio le persone malate e i loro familiari.

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo gli editori e i revisori dei capitoli per il loro contributo e la loro disponibilità. Ringraziamo anche tutte le persone che, vicini o da lontano, hanno contribuito alle riflessioni che hanno portato alla stesura di questa guida.

DIRETTRICE DELL' PUBBLICAZIONE: **Hélène JACQUEMONT**, presidente della Fondation Médéric Alzheimer DIRETTRICE DELLA REDAZIONE: **Christine TABUENCA**, direttrice generale della Fondation Médéric Alzheimer COORDINAZIONE: **Jean-Bernard MABIRE**, responsabile di progetto, Fondation Médéric Alzheimer. **Hélène MÉJEAN**, direttrice della comunicazione, Fondation Médéric Alzheimer Consiglio e traduzione: **Kalya** – EDITORE: **Fondation Médéric Alzheimer**, Paris 5, rue des Reculettes, 75013 Paris – CREAZIONE GRAFICA: **Philippe LAGORCE**, lagorce11@gmail.com – Prezzo: gratuito – Data: febbraio 2024 – N° ISBN : 978-2-917258-33-0 (imprimé) – 978-2-917258-34-7 (elettroboico) – Riproduzione autorizzata a condizione di citare le fonti. Collezione Guida Pratica – N° ISSN: 2739-7963 (stampato) – 2781-3169 (elettronico).



Reconnue d'utilité publique

Fondation Médéric Alzheimer
5, rue des Reculettes – 75013 Paris
Tél. : 01 56 79 17 91 – Fax : 01 56 79 17 90

@ fondation@med-alz.org

 fondation-mederic-alzheimer.org

 [FondationMedAlz](#)

 [Fondation Médéric Alzheimer - FMA](#)

 [fondationmedalz](#)