

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di Laurea in Ergoterapia

*“Il metodo Snoezelen come trattamento ergoterapico
per persone istituzionalizzate affette da Alzheimer e
sintomi cognitivo-comportamentali: una revisione
della letteratura”*

Lavoro di Tesi (Bachelor Thesis)

Autrice: Della Briotta Yara
Direttrice di tesi: Fasani Marianna
Manno, 31 luglio 2018

“L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del lavoro di tesi”

Abstract

Background

L'Alzheimer's Disease International, conta attualmente 50 milioni di persone al mondo affette da demenza, con un nuovo caso ogni 3 secondi. Dallo scenario evolutivo riguardo all'invecchiamento della popolazione sorge la sfida a livello di sanità mondiale relativa alla presa a carico di essa (Alzheimer's Disease International, 2018). La malattia di Alzheimer distrugge le cellule cerebrali e i nervi trasmettitori che trasportano messaggi al cervello, in particolare quelli responsabili della memorizzazione dei ricordi vengono interrotti, oltre a questo la persona che ne è affetta può avere sintomi cognitivo-comportamentali, questo comporta un grave disagio ed il malessere nella vita della stessa e dei caregivers con la conseguente istituzionalizzazione precoce ed un aumento dei costi della salute pubblica.

Obbiettivo

L'obbiettivo di questo lavoro di Bachelor è di effettuare una revisione della letteratura per raccogliere informazioni in merito ai risultati ottenuti nell'applicazione del metodo Snoezelen con persone affette da Alzheimer e sintomi cognitivo-comportamentali istituzionalizzate.

Metodologia

La metodologia di ricerca utilizzata per eseguire questo lavoro di Tesi è una revisione della letteratura utilizzando le banche dati Cinhal (EBSCO), Cochrane, Pub Med, utilizzando stringhe di ricerca concorrenti il metodo Snoezelen, la demenza/disturbo neurocognitivo, i sintomi cognitivo-comportamentali e la terapia occupazionale. Sono stati reperiti un totale di 93 articoli alla quale sono stati applicati criteri di inclusione ed esclusione per giungere ad un totale di 8 articoli di ricerca primaria di tipo quantitativo.

Risultati

Gli articoli analizzati confermano che, ci sono delle buone evidenze scientifiche in merito all'uso del metodo Snoezelen con pazienti istituzionalizzati affetti da demenza e sintomi cognitivo-comportamentali. Nonostante questo però, spesso il trattamento non è risultato di rilevanza significativa a confronto con altri metodi non farmacologici.

Conclusioni

Sebbene gli studi già presenti nelle banche dati siano un punto di partenza, le evidenze sono ancora poche ed eseguite su campioni ristretti, per questo motivo servono ulteriori approfondimenti, in special modo eseguiti da ergoterapisti in quanto, dagli articoli analizzati non emerge molto il loro ruolo.

Keywords

Snoezelen; Alzheimer; Snoezelen Room; Occupational Therapy; Clinical approaches; Multi-sensory behavior Therapy;

Sommario

1.0	Introduzione:	1
1.1	Motivazione della scelta del tema	1
1.1.2	Gli obiettivi del lavoro di bachelor:	1
1.1.3	Introduzione alla tematica, incidenza e prevalenza:	2
1.1.4	Lo scenario futuro:	3
1.1.4.1	Tre scenari per il futuro dall'Ufficio federale di statistica Svizzera	4
1.1.5	Scenario attuale case per anziani Svizzera 2016:	4
1.2	L'area di interesse del lavoro di Bachelor:	5
1.2.1	L'evoluzione del termine demenza:	5
1.2.2	I criteri diagnostici del DSM-V	6
1.2.3	Classificazioni della demenza:	6
2.0	La malattia di Alzheimer:	7
2.1	Sintomi della malattia di Alzheimer:	8
2.2	I sintomi comportamentali:	9
2.3	Predisposizione e fattori di rischio:	9
2.4	L'eziologia: la proposta più attuale:	9
2.5	Fasi e prognosi, il modello sette fasi del Dottor Reisberg:	10
3.0	L'ergoterapia e l'approccio Snoezelen:	11
3.1	La tassonomia dell'occupazione:	11
3.2	Un modello ergoterapico:	12
3.3	Il Metodo Snoezelen:	13
3.4	L'approccio:	14
3.5	Il sistema sensoriale:	14
3.6	La piramide dell'apprendimento:	15
3.7	La Snoezelen Room:	16
3.8	Il contesto:	17
3.9	Le "chiavi" dell'approccio Snoezelen:	17
4.0	Metodologia:	18
4.1	Metodologia di ricerca:	18
4.2	Tabella riassuntiva articoli al primo esame:	19
4.3	Criteri di inclusione ed esclusione:	19
4.4	Tabella riassuntiva dei criteri di inclusione ed esclusione:	20
4.5	Selezione primaria:	20
4.6	Selezione secondaria:	20
5.0	Letture critiche degli articoli:	22
5.1	Discussione:	43
5.2	Confronto tra i risultati ottenuti e l'obiettivo di lavoro di Tesi:	43
5.3	Riflessione sulla pertinenza ergoterapica degli articoli trovati:	45
5.4	Limiti riscontrati:	46
5.5	Possibilità di estensione del lavoro di tesi:	46
6.0	Conclusioni ed implicazioni per la pratica professionale:	46
6.1	Conclusioni personali:	47
6.2	Autocritica:	47
6.3	Ringraziamenti:	47
7.0	Bibliografia:	48
7.1	Articoli scientifici:	48
7.2	Banche dati consultate ad oggi:	49
7.3	Libri di testo:	49
7.4	Sitografia:	50

1.0 Introduzione:

1.1 Motivazione della scelta del tema

L'idea del lavoro di tesi nasce all'inizio del mio primo stage durante la mia formazione in ergoterapia, quando, per la prima volta mi sono confrontata con la casistica geriatrica, nello specifico con anziani affetti da Alzheimer. Da subito ho capito l'importanza della presa a carico del paziente geriatrico e l'importanza di renderlo "protagonista attivo" della sua vita nonostante le fragilità e le patologie invalidanti. Durante le giornate di stage mi sono resa conto di quanto un deficit sensoriale, legato inoltre all'Alzheimer, influisse negativamente sulla vita delle persone.

Dalla mia esperienza personale mi sono sorte delle domande: come ergoterapista come posso trattare la persona affetta da Alzheimer in maniera olistica? Come posso integrare nel trattamento cognitivo-comportamentale gli aspetti sensoriali e come sono interconnessi i due sistemi tra loro? Come posso grazie ad un approccio sensoriale migliorare la qualità di vita delle persone istituzionalizzate? È mio desiderio grazie a questo elaborato approfondire le mie curiosità andando ad aumentare il bagaglio personale e professionale in visione di un futuro da ergoterapista. Per questo motivo nel mio lavoro di Bachelor approfondirò il metodo Snoezelen, nello specifico con pazienti istituzionalizzati affetti da Alzheimer e sintomi cognitivo-comportamentali (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia / BPSD*).

Analizzando, grazie ad una revisione della letteratura, l'approccio e la sua applicabilità che promuovono e sviluppano il benessere dell'individuo attraverso la stimolazione multisensoriale utilizzata per il trattamento dei sintomi cognitivo-comportamentali.

1.1.2 Gli obiettivi del lavoro di bachelor:

Uno degli obiettivi del lavoro di tesi è di effettuare una revisione di letteratura per raccogliere informazioni in merito ai risultati ottenuti nell'applicazione ergoterapica del metodo Snoezelen con le persone affette da Alzheimer e sintomi cognitivo-comportamentali. Approfondire l'uso e i risultati ottenuti dagli ergoterapisti pubblicati rispetto all'intervento basato sul metodo Snoezelen tramite la letteratura scientifica presente. La revisione inoltre mi permetterà di investigare il ruolo concreto dell'ergoterapista nell'utilizzo del metodo Snoezelen e su come interviene e lo applica in un contesto istituzionalizzato.

1.1.3 Introduzione alla tematica, incidenza e prevalenza:

Attualmente, in Ticino come nel resto della Svizzera, si sta verificando un aumento della speranza di vita e del numero di persone anziane presenti sul territorio (con le relative patologie legate all'invecchiamento).

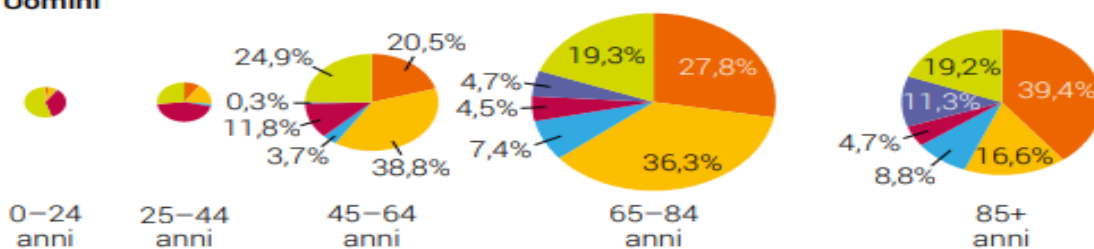
Come sottolineato dall'ufficio federale di statistica Svizzera (2016) la speranza di vita di una persona nata in Svizzera alla nascita è di 81.5 anni per gli uomini e 85.3 anni per le donne (UST-ISS, 2018). Purtroppo però poche persone arriveranno oltre vi ci arriveranno sane, per questo motivo il numero di persone affette da una o più patologie invalidanti si incrementerà (UST-ISS,2018).

Nella tabella sottostante é illustrato mediante grafico a torta la percentuale del tasso di morte per demenza (2015), si può notare come nella fascia di età superiore agli 85 anni la percentuale di decessi per demenze è pari al 11.3% dei decessi totali. Questo porta la demenza ad essere la quarta causa di morte per gli uomini (preceduta da malattie cardiovascolari al primo posto, "altre" al secondo e tumori maligni al terzo) e la terza causa di morte preceduta anche in questo caso da malattie cardiovascolari al primo posto e "altre" al secondo (con una percentuale di 17.3%) per le donne (Ufficio federale di statistica UST, 2017).

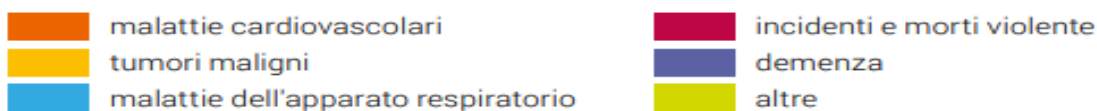
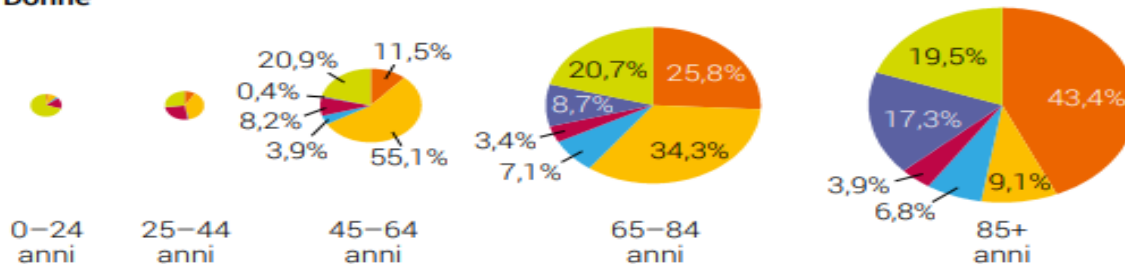
Principali cause di morte per fascia di età, 2015

G16

Uomini



Donne



Le superfici sono proporzionali al numero assoluto di decessi.

Fonte: UST – Statistica delle cause di morte (CoD)

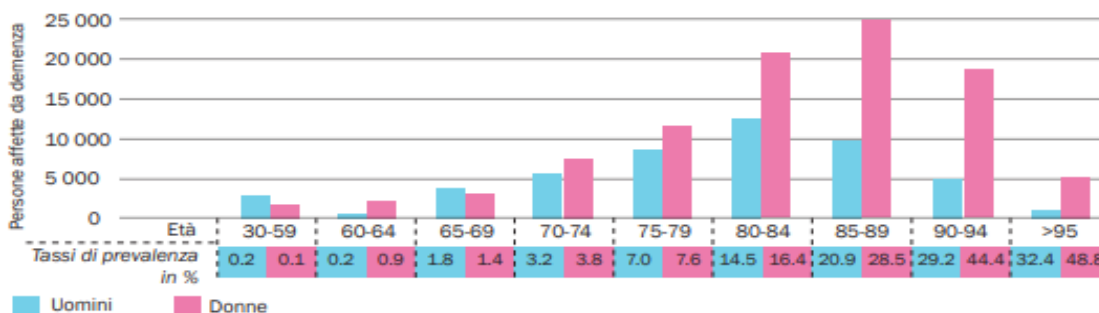
© UST 2018

1.1.4 Lo scenario futuro:

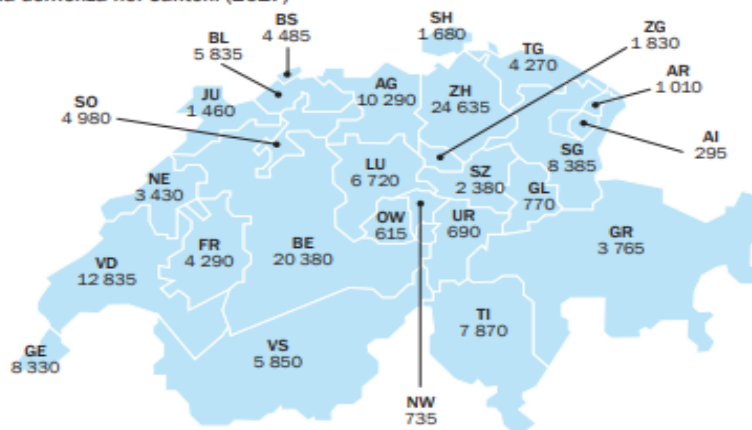
L'invecchiamento demografico è in crescita, per questo si stima che il numero dei malati di demenza in Svizzera sfiorerà le 300'000 persone entro il 2040. Lo stato e le istituzioni sociali, come pure il personale curante e la popolazione, si devono dunque preparare ad affrontare questa sfida per la politica sanitaria, anche perché ad oggi non esiste trattamento farmacologico che comporti la guarigione, ma solamente trattamenti farmacologici e non-farmacologici per la cura della persona e dei sintomi correlati. Ciò significa che si devono adottare provvedimenti allo scopo di garantire alle persone affette da demenza e ai caregivers una buona qualità della vita (Hofmann et al. 1991, Albanese, 2016, Padilla, 2011, Chung, & Lai, 2002).

Grazie al sito ufficiale Alzheimer Svizzera sono presenti dei dati statistici sullo stato attuale della nazione e la previsione al 2040 nel 2017 sono stati registrate 148'000 persone affette da demenza e la stima fa presupporre che al 2040 la cifra potrebbe raddoppiare, ogni anno difatti sul territorio si contano oltre 28'100 nuovi casi di demenza (tabella 2) (Associazione Alzheimer Svizzera, 2016).

148 000 malati di demenza in Svizzera (2017)¹⁻³



Numero di persone affette da demenza nei Cantoni (2017)¹⁻³



L'Alzheimer's Disease International (ADI), conta attualmente 50 milioni di persone in tutto il mondo affette da demenza, con un nuovo caso ogni 3 secondi. Inoltre, sottolineano che la demenza può colpire anche soggetti di età inferiore ai 65 anni (demenza a esordio giovanile) e che una maggiore consapevolezza della patologia è necessaria per sfatare i miti e gli equivoci che la circondano. L'ADI sostiene inoltre che, la patologia, è influenzata da fattori culturali e socioeconomici andando dunque a presupporre che i paesi ad alto reddito ne siano colpiti in percentuale maggiore (Alzheimer's Disease International, 2018).

Dallo scenario evolutivo riguardo all'invecchiamento della popolazione e della crescita del tasso di "demenza" sorge la sfida a livello mondiale della sanità riguardo alla presa a carico di essa. (Alzheimer's Disease International, 2018).

1.1.4.1 Tre scenari per il futuro dall'Ufficio federale di statistica Svizzera

Come già sottolineato il fattore di rischio maggiore della demenza è l'età. L'Ufficio Federale di Statistica Svizzero stima che entro il 2040 saranno possibili tre tipi di scenari relativi alla prevalenza :

1. *L'incidenza diminuirà per tutte le fasce di età e la durata della malattia resterà stabile: la prevalenza diminuirà (Albanese, 2016).*
2. *L'incidenza diminuirà mentre la durata della malattia aumenterà: la prevalenza resterà stabile (Albanese, 2016).*
3. *L'incidenza si concentrerà sulle fasce di età più elevate e la durata media della malattia diminuirà. La malattia insorgerà a un'età più avanzata, per cui il tempo di sopravvivenza si ridurrà. Di conseguenza, la prevalenza aumenterà nelle persone più anziane e diminuirà in quelle più giovani (Albanese, 2016).*

1.1.5 Scenario attuale case per anziani Svizzera 2016:

Case per anziani medicalizzate

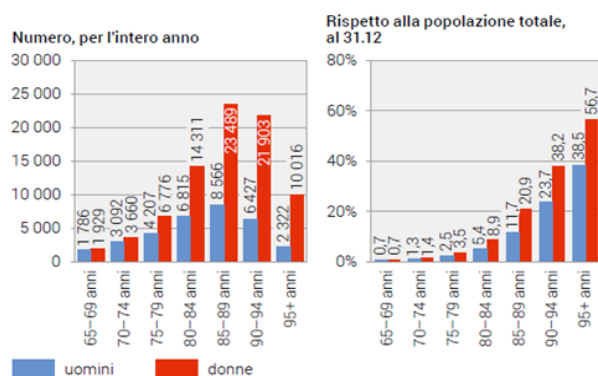
	2016
case per anziani medicalizzate	1 570
personale, in equivalenti a tempo pieno	92 484
residenti al 31.12	91 639
uomini	25 882
donne	65 757
tasso di istituzionalizzazione di persone di ≥ 80 anni nelle case per anziani medicalizzate al 31.12	16,0%
durata media della degenza (in giorni)	893
costo medio al giorno (franchi)	293

Fonte: UST – Statistica degli istituti medico-sociali (SOMED)

© UST 2018

Persone che vivono in case per anziani medicalizzate, 2016

G42



Fonti: UST – Statistica degli istituti medico-sociali (SOMED), Statistica della popolazione e delle economie domestiche (STATPOP)

© UST 2018

Come illustrato nei grafici soprastanti il tasso di persone anziane istituzionalizzate è in aumento in correlazione all'invecchiamento. Questo vuol dire che, con la speranza di vita in aumento, anche il tasso di persone istituzionalizzate, con i relativi costi e il bisogno di personale curante aumenterà (Albanese, 2016).

1.2 L'area di interesse del lavoro di Bachelor:

L'area di interesse della mia Tesi è il Disturbo Neurocognitivo (DN), precedentemente definito con il termine demenza, causato dalla malattia di Alzheimer. Il termine demenza utilizzato fino all'introduzione del DSM-V, è un termine generico che comporta uno stato patologico del cervello in cui diverse facoltà risultano compromesse. Quest'ultimo infatti viene utilizzato per definire molteplici malattie cerebrali cronico-evolutive.

1.2.1 L'evoluzione del termine demenza:

Nella nuova pubblicazione dell'American Psychiatric Association (APA, 2013) viene sostituito il termine demenza, utilizzato fino al DSM-IV, con il termine: Disturbo Neurocognitivo.

Quest'ultimo è suddiviso in tre diverse nomenclature differenziate in base all'entità e alla gravità clinica:

1. Delirium,
2. Disturbi Neurocognitivi Maggiori (DNM),
3. Disturbi Neurocognitivi Lievi (DNL).

Nonostante il termine demenza sia utilizzato nella norma per disturbi mnesici che generalmente si riscontrano nella persona in età geriatrica, il termine DN è ampiamente utilizzato e, spesso preferito, per tutte le condizioni patologiche che colpiscono delle persone più giovani, come ad esempio nel caso della compromissione secondaria dovuta ad un trauma cranico ecc. (American Psychiatric Association, 2013). Considerando la mia bibliografia all'interno del mio lavoro di Tesi utilizzerò ancora il termine demenza, nonostante la consapevolezza dell'attuale cambiamento.

Si può considerare che il termine demenza ha acquisito nel linguaggio comune una stereotipizzazione e che ha portato pian piano le persone, per non pronunciarlo, a nominare patologie specifiche es. Alzheimer, anche nei casi nella quale la diagnosi non era chiara. Di conseguenza il termine DN è certamente un'espressione più consona e maggiormente specifica (Camponi, 2016).

Come la nomenclatura anche i criteri di diagnostica del DN sono stati modificati come segue: il DN si manifesta con disturbi delle funzioni cognitive (es. linguaggio, azioni, pianificazione...), non solo della memoria, e, progressivamente comporta una perdita della propria autonomia/indipendenza ed una limitazione nello svolgimento della Attività di Vita Quotidiana (AVQ) come pure un cambiamento del comportamento e dell'umore (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.2 I criteri diagnostici del DSM-V

I criteri diagnostici per il DNM sono:

evidente declino cognitivo in uno o più domini cognitivi:

- apprendimento e memoria: memoria immediata, recente, rievocazione...
- linguaggio: espressivo, denominazione, fluenza (...),
- funzioni esecutive: memoria di lavoro, pianificazione (...),
- attenzione: mantenimento, selettiva, divisa (...),
- percezione – motoria: visiva, prassia, gnosi (…),
- cognizione sociale: riconoscimento emozioni (...).

I deficit cognitivi però non si devono verificare soltanto nel momento di delirio e bisogna escludere altri tipi di disturbi mentali (es. depressione, schizofrenia ...) (American Psychiatric Association, 2013). Inoltre, ciascuno di questi deficit cognitivi causa una compromissione significativa delle AVQ (AOTA, 2018).

Possono essere compresi inoltre sintomi detti “non cognitivi” ovvero alterazioni comportamentali e disturbi psicologici/psichiatrici detti BPSD o sintomi cognitivo-comportamentali. Questi sintomi sono una delle principali cause della precoce istituzionalizzazione. Vengono classificati i seguenti disturbi: l'agitazione, il comportamento aberrante, euforia, l'ansia, l'irritabilità, la depressione, l'apatia, la disinibizione, le allucinazioni e le alterazioni del sonno o dell'appetito (O'Donnell et al. 1992, Cerejeiro, Legarto, Mukaetovo-Ladinska, 2012).

1.2.3 Classificazioni della demenza:

Si differenziano quattro tipi principali di demenza:

1. La malattia di Alzheimer: spiegata di nel punto 2.0,
2. Demenza vascolare: caratterizzata dall'insufficiente apporto di ossigeno che comporta la morte delle cellule (20/30 % casi totali di demenza),
3. Demenza con corpi di Lewy: simile alla malattia di Alzheimer in quanto è causata dalla degenerazione e dalla morte delle cellule nervose nel cervello. Il nome deriva dalle anormali raccolte di proteine, note come corpi di Lewy, che si verificano nelle cellule nervose del cervello,
4. Demenza fronto-temporale (compresa la malattia di Pick): relativamente rare, si sviluppano in età precoce rispetto alle altre demenze, di solito attorno ai 40/50 anni. Il lobo frontale del cervello è particolarmente colpito nelle prime fasi e comporta un progressivo declino delle capacità mentali. Il danno alle cellule cerebrali è più localizzato rispetto alla malattia di Alzheimer e di solito inizia nel lobo frontale.

Vengono classificati altri tipi di demenza quali: Chorea di Huntington, Creutzfeldt-Jakob, infezioni da HIV, Morbo di Wilson (...) che colpiscono meno del 10% della popolazione totale affetta (APA, 2013).

Inoltre si calcola che la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare siano le maggiori responsabili della casistica e comprendono il 90% dei casi. (Alzheimer's Society, 2018)

2.0 La malattia di Alzheimer:

La forma più conosciuta della demenza è la malattia di Alzheimer, scoperta nel 1906 dal neurologo tedesco Alois Alzheimer (Markbreit, 1864 - Breslavia, 1915) e tutt'ora la più presente sul territorio svizzero con un'incidenza del 50% della popolazione totale affetta da demenza. (Balamurugan, Murugan, Långström, Nordberg, & Ågren, 2017). La malattia di Alzheimer.

Alzheimer studiò il primo caso nel 1901, che definì con il termine di *atrofia arteriosclerotica cerebrale* (Drouin, Emmanuel et al., 2017). Si trattava di una Signora, Auguste Deter 51 anni, con sintomi atipici quali disorientamento, allucinazioni, perdita di memoria ed ossessioni di gelosia verso il marito ma, da lui descritta come "senza nessun deficit a livello fisico". Con il passare del tempo le sue condizioni peggioravano e apparvero i sintomi di agitazione, wandering, difficoltà nel trovare termini tecnici, disturbi della scrittura. La Signora Deter morì nel 1906 e grazie all'autopsia furono notate insolite "macchie" a livello della corteccia cerebrale. Nel 1910 il suo collega Emil Krapelin coniò poi il termine: *malattia di Alzheimer* ripubblicando il suo trattato *Psichiatria* (Drouin, Emmanuel et al., 2017).

La malattia di Alzheimer distrugge le cellule cerebrali e i nervi trasmettitori che trasportano messaggi nel cervello, in particolare quelli responsabili della memorizzazione dei ricordi vengono interrotti (Drouin, Emmanuel et al., 2017).

Ad oggi i ricercatori suppongono che, alla base della malattia, ci siano due proteine responsabili: la proteina tau che forma "grovigli neurofibrillari" e la proteina beta-amiloide che si deposita tra le cellule nervose creando delle placche neuronali, questo causa la morte delle cellule nervose in determinate aree cerebrali. È riconosciuta inoltre una diminuzione del cervello fino al 20%. Con il "restringimento" del cervello si formano lacune nel lobo temporale e nell'ippocampo (responsabili della memorizzazione e del recupero di nuove informazioni) questo comporta una diminuzione della capacità delle persone di ricordare, parlare, pensare e prendere decisioni (come influisce sulle prestazioni nelle AVQ) andando a ledere la persona in tutte le sue sfere (Alzheimer's Society, 2018).

Secondo il Dottor med. M. Axel Wollmer "*la malattia colpisce il pensiero, i sentimenti e le azioni, per contrastarla occorre dunque mettere in campo il pensiero, i sentimenti e le azioni.*"

La diagnosi viene generalmente eseguita da un neurologo tramite: l'anamnesi, l'esame neurologico, una valutazione dello stato mentale-funzionale-psicocomportamentale e dell'umore come pure grazie ad analisi specifiche di laboratorio e Neuroimaging morfologico/funzionale. Vengono inoltre eseguite valutazioni neuropsicologiche, grazie ad esempio al Mini Mental Status Test (Folstein et al., 1975) come pure valutazioni dei BPSD tramite ad esempio il test NeuroPsychiatricInventory (NPI).

2.1 Sintomi della malattia di Alzheimer:

L' Alzheimer generalmente ha un esordio lento, ed i sintomi sono spesso inizialmente vaghi.

I più frequenti riscontrati dall'Associazione Demenze Australia (2018) ad esordio malattia sono:

- la perdita della memoria persistente e frequente specialmente quella di eventi recenti,
- ripetizione della stessa cosa più volte,
- Ambiguità nella conversazione quotidiana,
- Crescente incapacità di fare programmi, risolvere problemi, organizzarsi e pensare logicamente,
- Problemi di linguaggio tipo trovare la parola giusta e capire le conversazioni,
- Apparente perdita di entusiasmo per attività che prima piacevano,
- Impiego maggiore di tempo per completare compiti abituali,
- Confusione e perdita del senso dell'orientamento, anche in luoghi noti,
- Incapacità di elaborare domande ed istruzioni,
- Deterioramento delle capacità relazionali,
- Imprevedibilità emotiva,
- Cambiamenti del comportamento, della personalità e dell'umore.

Quest'ultimi si aggravano con il progredire della patologia e sono spesso fluttuanti sull'arco della giornata come pure nei momenti in cui la persona è molto stanca, stressata o non si sente bene. A causa della natura stessa della sintomatologia, ovvero un deficit a livello cerebrale, spesso la persona affetta da questi sintomi non ne è consapevole (Dementia Australia National, 2018). L'analisi dei sintomi è stata confrontata con i siti ufficiali di Alzheimer di Svizzera, Olanda, America. Ho scelto di utilizzare il sito Australiano in quanto per il mio lavoro di Tesi é maggiormente idoneo poiché espone i sintomi in maniera specifica, chiara e completa. Gli altri siti visitati sono davvero utili, perché espongono le problematiche in maniera chiara e semplice ma si rivolgono soprattutto ai caregivers. Ho scelto inoltre di usufruire di un'associazione rispetto ad un manuale di diagnostica perché io preferisco lavorare con l'espressione della "realtà" nonostante la mia conoscenza riguardante i termini tecnici.

2.2 I sintomi comportamentali:

Nel morbo di Alzheimer sono presenti dei disturbi detti *comportamentali*, quest'ultimi comprendono il cambiamento del comportamento di una persona e sono il criterio maggiore per lo stress nei curanti, nonché uno dei motivi di ospedalizzazione precoce (Balamurugan, Murugan, Långström, Nordberg, & Ågren, 2017). Va sempre tenuto conto che il comportamento alterato non è intenzionale ed è eterodiretto (spesso verso il familiare) in quanto è la persona più vicina e diventa il "bersaglio" dei timori e delle paure della persona stessa (Alzheimer's Australia, 2015).

2.3 Predisposizione e fattori di rischio:

L'età è uno dei fattori di rischio maggiore per la malattia di Alzheimer. Esiste anche una forma di Alzheimer ereditaria, generata da una mutazione genetica che viene chiamata Morbo di Alzheimer Giovanile con esordio dei sintomi attorno ai 50 anni (Alzheimer's Australia, 2015).

Essere mentalmente/fisicamente meno attivi e con fattori di rischio inerenti la salute cardiaca/cerebrale quali il fumo, l'obesità, il diabete, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, si mostrano associati alla predisposizione, sebbene non comprovata, verso lo sviluppo dell'Alzheimer (Alzheimer's Australia, 2015).

2.4 L'eziologia: la proposta più attuale:

Purtroppo non è ancora nota l'eziologia della malattia (Balamurugan, Murugan, Långström, Nordberg, & Ågren, 2017), ma ad oggi i ricercatori suppongono che, probabilmente si sommano più fattori per l'insorgenza della patologia combinati tra fattori ambientali, genetici e sanitari (Dementia Australia National, 2018).

Nel 2015 inoltre il Dottor Franco Berrino, epidemiologo internazionale, direttore del Dipartimento di Medicina Preventiva e Predittiva dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (DMPPINTM), nonché della rivista Vita & Salute, ha esposto una teoria nella quale correla l'alimentazione scorretta alla malattia di Alzheimer, infatti, nel suo video espone come il fatto di avere il diabete (di secondo tipo) e/o una sindrome metabolica fa aumentare la percentuale del rischio di ammalarsi di Alzheimer del 50% in più rispetto alla popolazione sana. Inoltre sostiene che chi fa attività fisica ed intellettuale elevata si ammala di meno rispetto agli altri; come pure, un fattore di protezione, è l'istruzione elevata, perché spesso le persone con pochi anni di scolarizzazione secondo lui si "abbandonano e si passivizzano" nel corso della loro vita. Due altri fattori di rischio a suo parere sono la depressione e la pressione alta in età media ovvero attorno ai quarant'anni, che vanno curate e prevenute anche con il cibo. Nella sua conclusione sostiene infatti che l'alimentazione va curata e controllata secondo le "regole della piramide alimentare" per prevenire i fattori di rischio che conducono alla malattia di Alzheimer.

2.5 Fasi e prognosi, il modello sette fasi del Dottor Reisberg:

L' Alzheimer è una malattia neurodegenerativa: questo significa che provoca una degenerazione progressiva irreversibile dei neuroni. La prognosi non è favorevole (Reisberg, Ferris, De Leon, Crook, 1982).

Il dottor Barry Reisberg (1983) della New York University, ha creato un modello di suddivisione dell'Alzheimer elencando sette tappe. Questo quadro clinico, che si differenzia da altri tipi di modelli che utilizzano solo tre fasi (quella iniziale, quella intermedia e quella finale) è nato per capire la progressione della malattia più nel dettaglio, sebbene per ogni individuo rimanga comunque molto variata e individuale. Il modello sottostante è stato adottato ed utilizzato da molti specialisti clinici, così come dall'Alzheimer's Association, permettendogli di adattare le misure terapeutiche in base allo stadio (Alzheimer Disease's International, 2018).

1. Fase uno: non vi sono segni e sintomi,
2. Fase due: declino cognitivo molto lieve, primi segni di vuoto di memoria, dimenticanze di nomi, posizione di oggetti delle AVQ (...) questi sintomi però ancora non sono correlabili alla patologia,
3. Fase tre: declino cognitivo lieve, si iniziano a vedere difficoltà (soprattutto da parenti...) il medico può rilevare problemi di memoria e concentrazione (soprattutto con l'evocazione di nomi, parole, svolgere compiti in contesti sociali e di lavoro ...),
4. Fase quattro: declino cognitivo moderato, i sintomi si fanno più chiari (dimenticanza eventi, compromissione nelle funzioni di calcolo come pure di pianificazione, compromissione della memoria autobiografica e inizio dei sintomi comportamentali),
5. Fase cinque: declino cognitivo moderatamente grave, la persona non può più vivere sola, le lacune della memoria e nel pensare diventano chiare, alla persona serve supporto per AVQ, (perdita di memoria, disorientamento spazio-temporale...),
6. Fase sei: declino cognitivo grave, memoria molto deteriorata, cambiamento del comportamento, necessità di molto aiuto nelle AVQ. La persona può non riconoscere più i familiari come pure sé stessa nello specchio ed è sempre più disorientata, confusa, non ha ricordi recenti reali, aprassia, agnosia, possibili crisi di ira/ansia ...),
7. Fase sette: declino cognitivo molto grave, la persona non ha più abilità verbali solo espressioni incomprensibili, subentra una doppia incontinenza e difficoltà di alimentazione. Le abilità psicomotorie di base, ad esempio, la capacità di camminare, sono perse e compaiono rigidità generalizzata ed una compromissione dei riflessi neurologici (Reisberg, Ferris, De Leon, Crook, 1982).

Attualmente questo modello è utile all'ergoterapista per capire in che stadio si trova la persona attualmente e capire il tipo di ragionamento clinico da adottare, come pure, impostare il trattamento nella maniera più ottimale possibile ed individuare anche con un certo anticipo i limiti che sorgeranno nella fase seguente.

3.0 L'ergoterapia e l'approccio Snoezelen:

L'ergoterapia è definita come: una pratica sanitaria centrata sulla persona che si occupa di promuovere la salute e il benessere dell'individuo attraverso l'occupazione. Il focus dell'ergoterapia è consentire alle persone di partecipare alle attività della vita quotidiana grazie alla collaborazione con le persone/comunità per migliorare la partecipazione tramite modifiche ambientali o occupazionali (WFOT, 2012).

Il paradigma ergoterapico sostiene che alla base di ogni essere umano c'è l'occupazione, per questo motivo risulta essere terapeutica (se l'individuo ha pieno accesso alle proprie risorse) e può essere utilizzata per aumentare il benessere e la salute (Towsend & Polatajko, 2007).

Inoltre l'ergoterapia utilizza una terminologia "chiave" e specifica per la propria metodologia di lavoro, tra i tanti termini uno dei più discussi è il termine occupazione che, nella pratica ergoterapica viene utilizzata per descrivere e catturare il significato profondo delle AVQ come contribuente alla salute e al benessere dell'individuo (GITO, 2009).

3.1 La tassonomia dell'occupazione:

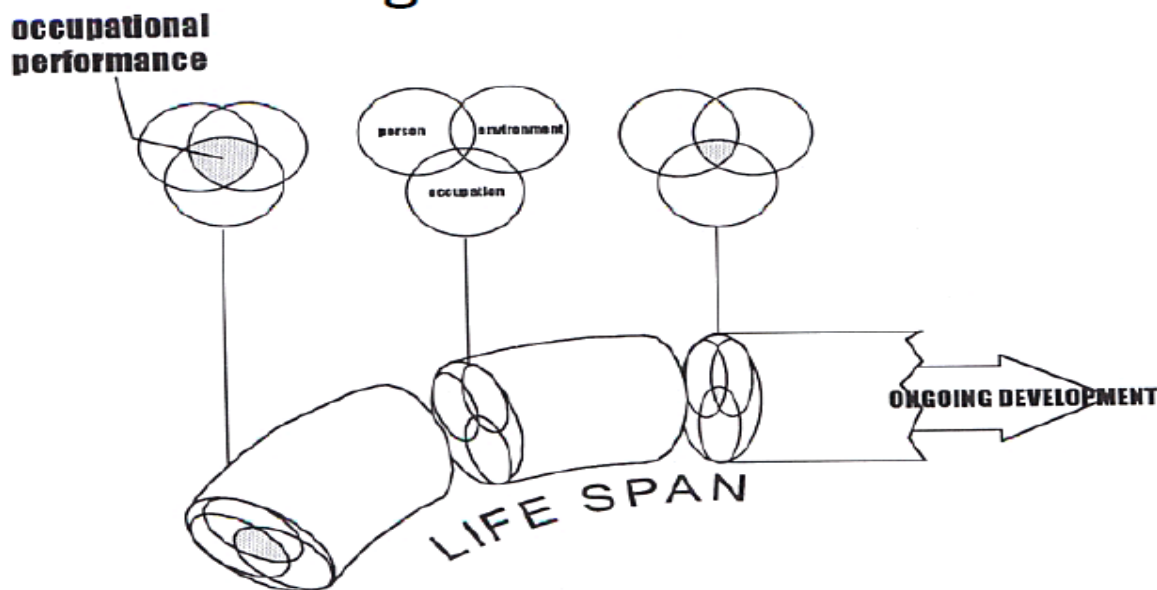
È stato molto importante negli anni il lavoro degli ergoterapisti per definire i concetti chiave dell'ergoterapia (Polatajko, 2001). Concetti come: compito, lavoro, funzione, attività e occupazione vengono spesso utilizzati in maniera errata e rendono poco comprensibile il lavoro dell'ergoterapista. Il termine attività è stato usato spesso per descrivere la pratica dell'ergoterapista, è stato usato come sostituto del termine occupazione. Il "pro" dello scambio di termine era che il suo significato raramente poteva essere confuso con il lavoro /vocazione. Il "contro" però era che spesso veniva associato a mantenere un lavoro la persona occupata e tralasciava la parte dell'a completezza/significatività relative all'occupazione (Polatajko, 2001). Nello scorso millennio il termine *occupazione* è stato introdotto come un concetto di definizione per la professione (American Occupational Therapy Association, 1995, CAOT, 1997). Per questo motivo ad oggi vi è una classificazione della tassonomia dell'occupazione (Taxonomic Code for Occupational Performance (TCOP, Polatajko et al. 2004), che classifica e definisce nell'ordine seguente i concetti sopraccitati:

- Occupational grouping: (raggruppamento occupazionale) insieme di occupazioni secondo un tema (come la cura di sé, la produttività, il tempo libero),
- Occupazione: un insieme di attività significative per la persona con coerenza/regolarità,
- Attività: insieme di compiti,
- Compito: un'azione / serie di azioni che comportano l'uso di uno strumento. I compiti possono essere semplici o composti. Compiti semplici: un'azione che coinvolge l'uso degli strumenti. Composte: esegue diverse azioni, almeno uno che coinvolge l'utilizzo dello strumento,
- Azione: una serie di schemi di movimento mirati e osservabili che hanno un prodotto o un risultato e possono coinvolgere materiali. Le azioni non possono essere passive. Tutte le azioni hanno componenti fisiche, cognitive e affettive,
- Pattern di movimento: un insieme o una serie di movimenti a una o più articolazioni,
- Movimento volontario: un semplice movimento volontario attorno a un'articolazione. Tutti i movimenti attivi hanno componenti fisiche, cognitive e affettive.

(Polatajko et al. 2004)

3.2 Un modello ergoterapico:

Diagram Of PEO Model



Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. (1996). The Person-Environment-Occupational Model: A transactive approach to occupational performance. *CJOT* 63(1), 9-23.

Dato che da tempo l'ergoterapia ha riconosciuto l'influenza dell'ambiente sul comportamento delle persone, e quindi utilizza strategie ambientali per sostenere la partecipazione alle attività della stessa (AOTA, 2008), per l'utilizzo del metodo Snoezelen come assessment ergoterapico si può fare riferimento al Modello di Person-Environment-Occupation (PEO) (Law et al., 1996).

La persona la persona nel modello PEO è vista nei suoi valori, nelle sue convinzioni, nella sua spiritualità, nei processi cognitivi ed abilità e nei suoi fattori personali intrinseci (es. processi cognitivi, emotivi e spirituale) ed estrinseci (determinati dalle interazioni, ambienti culturali e dai sistemi economici e sociali). L'analisi tramite il modello PEO permette di comprendere come queste vanno ad influire sulla motivazione e danno significato all'occupazione e alla vita. I valori e le convinzioni della persona fanno sì che essa è in grado di autodeterminarsi, di regolarsi e di fare capo ai propri quesiti interni. Inoltre, l'ergoterapista avendo una visione olistica della persona tiene in considerazione tutti i fattori sopracitati e inoltre tutte le funzioni corporee. È dimostrato che la persona è dinamica e sempre in via di sviluppo grazie all'interazione con l'ambiente, per questo è molto importante fare più valutazioni all'interno del processo ergoterapico.

La persona è inoltre unica ed irripetibile e ha diversi ruoli a dipendenza della fase della vita in cui si trova (Crepeau, Cohn, & Boyt Schell, 2009).

L'ambiente, l'ambiente nel modello PEO è inteso come fisico, sociale, socio-economico, culturale, istituzionale, organizzativo è in grado di modificare il comportamento della persona. Può essere limitante o abilitante sulle prestazioni occupazionali ed è spesso più facile da cambiare rispetto "alla persona". Inoltre va tenuto conto che l'ambiente si modifica a sua volta nel tempo e se usato come risorsa può contribuire al benessere totale della persona (Crepeau, Cohn, & Boyt Schell, 2009).

L'occupazione è complessa e si modifica durante la vita. Con occupazioni si intendono le attività che hanno un significato per la persona, compiti e occupazioni che costituiscono la vita di tutti i giorni ad esempio prendersi cura di sé stessi (cura di sé), godersi la vita (tempo libero) ecc. contribuendo al tessuto economico sociale delle comunità (produttività) (Crepeau, Cohn, & Boyt Schell, 2009).

Infine la **Performance occupazionale (PO)** è il risultato dell'interazione tra la persona, l'ambiente e l'occupazione, continua a variare nel corso della nostra vita. È infatti intesa come capacità di scegliere, organizzare e svolgere in modo soddisfacente un'occupazione significativa per la persona. Viene inoltre culturalmente definita e adattata in base all'età, come ad esempio, prendersi cura di sé stessi, godersi la vita e contribuire al tessuto sociale ed economico della comunità (Crepeau, Cohn, & Boyt Schell, 2009). Il PEO considera dunque la performance occupazionale come un fattore di preparazione alla partecipazione del contesto culturale, sociale, ecc. e dato che la performance occupazionale è vista come risultato dell'interazione tra la persona, l'ambiente ed occupazione quest'ultima può essere abilitata, supportata e limitata dai fattori intrinseci o estrinseci della persona e/o della comunità.

Il PEO dunque è un modello utile per analizzare la situazione suddividendola nei tre domini per constatare dove sta il maggior limite o la maggiore risorsa che poi va ad influenzare la PO nonché per analizzare l'impatto dell'ambiente sulla persona. Le informazioni utili per costruire il modello vanno raccolte tramite intervista, osservazione, conoscenza della persona e va discusso con la stessa cosa può essere cambiato/modificato per migliorarla (Crepeau, Cohn, & Boyt Schell, 2009).

Introduco brevemente qui nella "dimensione ambiente" la Snoezelen Room in quanto può essere utilizzata sia come mezzo per coinvolgere le persone in attività semplici e focalizzate per, ad esempio, evitare sovraccarichi sensoriali aumentare i livelli di attenzione, concentrazione e/o capacità di orientamento ad un compito sia per attività più complesse quali l'apprendimento sequenziale di un'attività di vita quotidiana, oppure come mezzo per il rilassamento guidato o per imparare nuove strategie di coping e tecniche di autogestione (Snoezelen and Occupational Therapy, 2017). Secondo Schaaf et al., (2010) il modello di PEO si collega con l'integrazione sensoriale perché, quest'ultima è responsabile di un'adeguata elaborazione ed integrazione delle informazioni sensoriali nonché è una base importante per un comportamento adattivo nei confronti dell'ambiente. Può includere l'integrazione dei vari sensi per migliorare o sviluppare la funzioni fisiche e cognitivo-comportamentali, per questo motivo la camera sensoriale può essere un facilitatore alla persona per entrare in contatto con il suo mondo e modificare già nell'immediato la propria PO.

3.3 Il Metodo Snoezelen:

Il metodo Snoezelen nasce in Olanda negli anni '70; da Ad Verheul, Terapista Occupazionale(TO) e Jan Hulsegge, docente di musica, sviluppato ed applicato ad oggi con persone affette da "demenza", con lo scopo di ridurre gli effetti della deprivazione sensoriale. Il neologismo deriva da due verbi olandesi: Snuffelen ovvero annusare, esplorare, curiosare ed esprime la dimensione attiva e dinamica del concetto e Doezenen ovvero rilassare, languore, sonnolenza che vanno ad esprimere la parte passiva del concetto (Quentin, Godderidge, D'Arfeuille, 2010).

3.4 L'approccio:

Si tratta di approccio volto a promuovere e migliorare il benessere delle persone attraverso la stimolazione sensoriale e a donare momenti di vita autentici (Quentin, Godderidge, D'Arfeuille, 2010). Viene generalmente utilizzato come attività mediatrice adattata alle patologie deficitarie che toccano le persone. La filosofia di base dell'approccio sono di donare alla persona un clima affettivo positivo, portare benessere grazie ad un luogo di incontro con l'altro e con sé stesso.

I principi dell'approccio Snoezelen elencati nel libro a cura di Quentin, Godderidge, D'Arfeuille, (2010) sono:

- garantire un'atmosfera adeguata (setting predisposto),
- dare la possibilità di scelta e rispettare i ritmi dell'individuo,
- garantire una giusta durata del tempo di somministrazione,
- ripetizione/successione nel tempo,
- stimoli selettivi,
- accompagnamento / attitudine adeguata.

L'approccio ha inoltre due grandi obiettivi, il primo è di fare ritrovare alla persona istituzionalizzata relazioni positive, permettergli di ritrovarsi, di preservare la propria dignità e il secondo è di sostenere il personale curante "nella missione" di cura, ovvero riducendone stress, fatica emotiva e aumentandone soddisfazione lavorativa (Berbigier Eschautier, L. 2012). Sebbene l'approccio si basi sul principio di stimolazione dei cinque sensi attraverso l'uso di luci colorate soffuse, superfici tattili (texture), musica meditativa e l'odore di oli essenziali rilassanti (Pinkney, 1997) la somministrazione non è strutturata e va limitata al fine di poter utilizzarla istante per istante senza dover ricorrere a funzioni intellettive perchè si focalizza sulle capacità sensoriali residue delle persone (Kaplan, Clopton, Kaplan, Messbauer, & Mcpherson, 2006).

Questa somministrazione avviene in un ambiente appositamente studiato al fine di non sovraccaricare il sistema, che è uno dei limiti dell'approccio (Kaplan et al., 2006) ma di permettere alla persona di "scoprire" il mondo circostante rispettando il suo vissuto e i suoi ritmi. È volto a promuovere l'iniziativa, la vigilanza il linguaggio spontaneo, la relazione con gli altri, la serenità, l'attenzione, come pure a diminuire lo stato confusionale agitato e di conseguenza la diminuzione della terapia farmacologica dei sintomi cognitivo-comportamentali, nonché il miglioramento dell'umore e del comportamento diminuendo così in concomitanza la possibilità di contenzione fisica (Enns, Rhemtulla, Ewa, Fruetel, & Holroyd-Leduc, 2014).

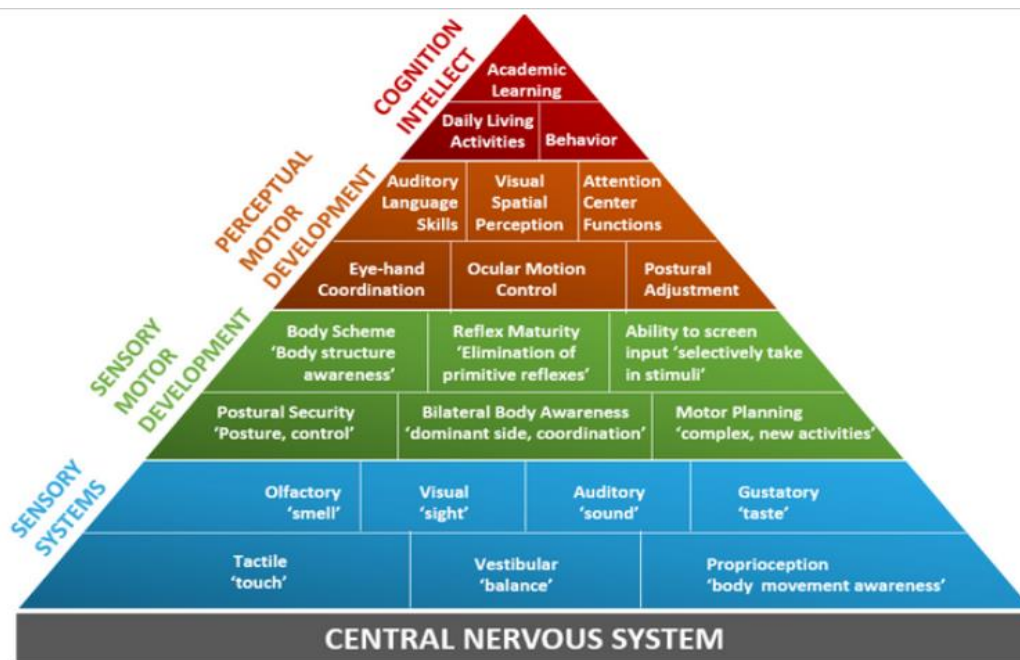
3.5 Il sistema sensoriale:

Le differenti sensibilità sono le capacità di un organismo di essere informato riguardo i parametri fisico-chimici interni e/o esterni. Possono essere suddivisi in:

- interocettivi che riguardano l'interno del corpo (es. mal di pancia),
- somatosensoriali profondi che comprendono la propriocezione (es. mantenere l'equilibrio),
- somatosensoriali superficiali concernenti l'esterocezione (ovvero tutto quello che avviene fuori dal corpo come ad es. le temperature),
- i "percorsi sensoriali" che comprendono gusto, olfatto, vista, udito (Quentin, O. Godderidge, B. D'Arfeuille P., 2010).

Quest'ultimi ci permettono di comprendere al meglio ciò che avviene attorno a noi e a noi stessi, una diminuzione di questi sensi dunque ci impedisce di percepire il mondo "interno ed esterno" al meglio e ci "blocca" nel sentire lo stesso in maniera effettiva limitando di conseguenza, dal mio punto di vista, la partecipazione attiva alla propria vita e le AVQ.

3.6 La piramide dell'apprendimento:



Adapted from Pyramid of Learning (Williams & Shellenberger, 1-4)

Williams e Shellenberger (1996) hanno elaborato la *piramide dell'apprendimento* (illustrata sopra) che sottolinea come elaborazione ed integrazione sensoriale si rapportino allo sviluppo dell'apprendimento del bambino costituendo le fondamenta dell'apprendimento. Nel caso dell'anziano il sistema sensoriale va declinandosi e questo comporta uno squilibrio della piramide nonostante l'età non sia la medesima e i processi di apprendimento siano già stati elaborati e modificati in base agli schemi e ai processi adattati nel corso della vita. Questo comporta una perdita di autonomia e di indipendenza a causa di una crescente diminuzione della abilità di controllare l'ambiente nonché la diminuzione della sensazione di sicurezza, di autodeterminazione e di autoefficacia (Williams, Shellenberger, 1994; Fowler, 2008; Quentin, Godderidge, D'Arfeuille, 2010). Il metodo Snoezelen permette di introdurre la persona in un ambiente "protetto" in maniera diversamente stimolante con lo scopo di creare suggestioni attraenti che potenzino le capacità di percezione della persona. La Snoezelen Room difatti va ad agire sul sistema sensoriale dell'anziano, senza l'implicazione di abilità cognitive (per questo è molto utilizzata nelle fasi più avanzate della malattia di Alzheimer), permettendo quindi delle modifiche a livello comportamentale, come ad esempio evocare una sensazione di gratificazione, di rilassamento e, oltre a questo, a livello neurologico agisce sulla percezione degli stimoli controllati per ottenere un maggior equilibrio nella sfera psico-fisico-cognitiva della persona (Quentin, Godderidge, D'Arfeuille, 2010).

3.7 La Snoezelen Room:

Generalmente viene nominata “Snoezelen Room” (stanza di stimolazione multisensoriale) il luogo in cui viene utilizzato l’approccio Snoezelen ovvero un locale pensato in funzione delle persone, dei loro bisogni, delle patologie, delle barriere architettoniche e del budget. Vengono principalmente distinti quattro tipi di camere differenti (Quentin, Godderidge, D’Arfeuille, 2010):

La sala bianca: tramette relax, sicurezza, stimolazione dolce e comprende:

- luci, fibre ottiche, luce solare,
- musica,
- stimolazione tattile,
- odore/profumo,
- mobili selettivo e stimolante (es. letto ad acqua).

La sala d’esplorazione motoria: per stimolare il movimento ed il corpo fisico, comprende:

- oggetti in grado di donare stimoli di movimento (es. palloni da yoga, piscina di palline...).

La sala d’interazione: stimola il principio causa-effetto, comprende:

- es. materiali di relazione causa-effetto quali pulsanti, luci (...).

Altra sala:

- es. sale di degustazione, sale di espressione (...).

Lo spazio deve essere adattabile alle differenze personali e generalmente viene situato in una stanza di vita quotidiana (es. bagno / camera / salone) (Quentin, Godderidge, D’Arfeuille, 2010).

Attualmente esistono centri specializzati come pure case di riposo-cura (es. casa per anziani) dove c’è l’accessibilità a tale trattamento e, non solo per le persone residenti, ma anche per esterni e caregivers. Il sottofondo musicale ambientale ad esempio della natura mira a creare un ambiente sicuro e stimolante che aiuta a soddisfare le esigenze sociali ed emotive e a ridurre i BPSD presenti nelle persone, nello specifico funge da modulatore dell’agitazione (Chung & Lai, 2002).

Sul territorio ticinese sono presenti: il Centro Sfera Bianca, che oltre a portare innovazione offre la possibilità relativa alla formazione Snoezelen certificata ISNA (International Snoezelen Association Multisensory Environment), una camera sensoriale presso la Residenza Visagno di Claro, la Residenza Ca’ Rezzonico di Lugano che offre un angolo sensoriale ed una camera Snoezelen (ecc). Come spiegato nella descrizione dei centri sopracitati il focus che attribuiscono al metodo Snoezelen è la volontà di aumentare la qualità di vita delle persona, la qualità di vita dei caregivers nonché il rapporto tra i due, ed è una vera e propria filosofia sul benessere olistico e la condivisione di momenti felici e di rispetto con se stessi, con la famiglia e con il team.

All'interno della camera è la persona stessa a guidare chi gli dà "aiuto" perché è la stessa che decide come rispondere allo stimolo sensoriale, il terapeuta però crea una relazione di complicità che permette alla persona di sentirsi al sicuro e dunque non amplifichi la sensazione di ansia e disagio. Offrendo un setting tranquillo e armonioso si possono instaurare relazioni terapeutiche positive e migliorare la motivazione e la concentrazione della persona. La Snoezelen room viene anche utilizzata come mezzo di comunicazione non-verbale e comunicazione dinamica non-direttiva non solo per il rilassamento ma anche per entrare in contatto con l'altro e con se stesso. Il tipo di trattamento è generalmente individuale e vis-à-vis nel quale la persona viene riconosciuta in maniera olistica e ne vengono rispettati limiti e risorse (Berbigier Eschauzier, 2012).

3.8 Il contesto:

L'approccio Snoezelen è stato scoperto ed utilizzato dapprima in Olanda, oggi, in special modo grazie agli ultimi quindici anni si è espanso a livello mondiale e ad oggi comprende oltre 39 paesi differenti con grande quantità di strutture (International Snoezelen Association, 2018), dispone di una fondazione che gestisce gli eventi e le conferenze e progetti di ricerca internazionali. Nonostante questo sono ancora aperte molte domande e molti dibattiti sul reale potenziale terapeutico di questo metodo come pure dell'efficacia degli ambienti sensoriali stimolanti ed affascinanti (Fowler, 2008).

In uno studio effettuato su sei revisioni sistematiche ed uno studio controllato non randomizzato figura come la musica ed un setting strutturato possano nel concreto aiutare a diminuire agitazione e quindi contribuiscano indirettamente al miglioramento dell'attenzione, sebbene il suo effetto sia esiguo (Padilla, 2011).

In uno studio randomizzato, controllato effettuato su 24 persone istituzionalizzate con demenza da moderata a grave nella quale contemporaneamente hanno ricevuto terapie complementari quali una terapia farmacologica ed ergoterapia, è stato osservato come il metodo Snoezelen, nel testo chiamato dagli autori come multi-sensory Behavior therapy (MSBT) ovvero il gruppo sperimentale a confronto con il gruppo di controllo, può ridurre l'apatia e l'agitazione e migliorare ulteriormente le attività della vita quotidiana rispetto alla sola cura standard (farmacologica).

I risultati di questo studio pilota hanno rivelato che il gruppo MSBT è migliorato significativamente in livelli di agitazione, come pure di apatia rispetto al gruppo di controllo (Staal et al., 2007).

3.9 Le "chiavi" dell'approccio Snoezelen:

Nel libro a cura di Berbigier Eschauzier (2012) vengono classificate quattro "chiavi" per l'approccio Snoezelen relative al ruolo del terapeuta ovvero:

- gestione dello stress e delle emozioni,
- presenza attiva,
- comprensione empatica,
- osservazione dinamica.

Durante le mie letture ho apprezzato particolarmente la frase "non accompagniamo malati ma essere umani toccati dalla malattia" (Berbigier Eschauzier, 2012).

4.0 Metodologia:

Il mio lavoro di Tesi é stato disposto nella seguente maniera: all'inizio è stata presentata una cornice teorica grazie alla consultazione di libri di testo, pubblicazioni ed articoli scientifici ricercati nelle banche dati inerenti ai temi: Alzheimer, Approccio Snoezelen, sintomi cognitivo-comportamentali come pure siti specializzati, riviste scientifiche, enti referenti (come ad esempio per dati statistici ecc.), mentre, nella seconda parte sono esposti gli articoli scientifici selezionati ed infine nella terza ed ultima parte i relativi risultati analizzati e discussi e le conclusioni.

4.1 Metodologia di ricerca:

Il metodo che ho utilizzato per scrivere la mia Tesi è stata la revisione della letteratura, secondo Cronin et al. (2008) effettuare una revisione della letteratura richiede complesse abilità quali imparare a definire la domanda, l'acquisizione di capacità di ricerca e recupero della letteratura presente, ed infine la capacità di analizzare e sintetizzare i dati ottenuti dalla ricerca rispettando i criteri formali (es. numero di parole...).

Inoltre, sempre secondo Cronin et al. (2008) una revisione della letteratura ha lo scopo di portare il lettore all'aggiornamento con la letteratura attuale su un argomento specifico mirato aumentando l'interesse relativo giustificandone una ricerca futura. Va sottolineato comunque come la revisione della letteratura eseguita in maniera ottimale raccoglie informazioni su un particolare soggetto da molte fonti (Cronin et al. 2008).

La revisione della letteratura viene inoltre definita come "pubblicazione secondaria in quanto raccoglie le informazioni che tratta da studi di tipo primario (ovvero in cui avviene la produzione di un dato) per poi elencare i risultati e le proprie conclusioni (Cronin et al.2008).

Gli articoli scientifici utilizzati sono stati cercati nelle banche dati: PUB MED, Cochrane, CINEHAL (EBSCO), inoltre sono state consultate le bibliografie degli articoli presenti per individuare ulteriori evidenze utili alla stesura della revisione di letteratura.

Le parole chiave sono state: Snoezelen ; Alzheimer; Snoezelen Room; Occupational Therapy; Clinical approaches, Multi-Sensory Behavior Therapy.

Le stringhe di ricerca (6) sono state:

- Occupational Therapy AND Snoezelen AND Alzheimer,
- Snoezelen AND Alzheimer NOT Autism,
- Snoezelen AND Dementia NOT Autism,
- Snoezelen Room AND Occupational Therapy AND care,
- Snoezelen AND Occupational Therapy AND BPSD,
- Multi-sensory behavior Therapy AND Occupational Therapy AND Alzheimer.

Queste stringhe di ricerca mi hanno permesso di identificare il numero maggior possibile di evidenze scientifiche presenti nelle banche dati, per questo motivo ho dovuto utilizzare dei sinonimi, come ad esempio Multi-Sensory Stimulation Therapy (MSBT), per poter amplificare i risultati e non tralasciare nulla. Ho inoltre ricercato gli articoli utilizzando le stesse parole chiavi in tutte le banche dati e con gli operatori booleani "AND" e "NOT". Dalla ricerca emergono 74 risultati riportati nella tabella seguente.

4.2 Tabella riassuntiva articoli al primo esame:

BANCHE DATI	STINGA DI RICERCA	RISULTATI
Pub Med	-Occupational Therapy AND Snoezelen AND Alzheimer -Snoezelen AND Alzheimer NOT Autism	69
Cochrane	-Snoezelen AND Dementia NOT Autism -Snoezelen Room AND Occupational Therapy AND care	1
Cinhal (Ebsco)	-Snoezelen AND Occupational Therapy AND BPSD -Multi-sensory behavior Therapy AND Occupational Therapy AND Alzheimer's	7
Bibliografie articoli presenti		16

4.3 Criteri di inclusione ed esclusione:

Dopo avere selezionato i primi articoli tratti delle banche dati li ho letti per comprenderne la pertinenza e l'idoneità al tipo di Tesi da me creata.

Successivamente li ho selezionati in base ai criteri di inclusione ed esclusione seguendo il metodo Population, Intervention, Comparison, Outcome (P.I.C.O) (Huang, Lin, Demner-Fushman, 2006).

Population: come popolazione sono stati presi in considerazione articoli che comprendevano soggetti di sesso maschile e femminile, di età superiore ai 65 anni, con diagnosi di Alzheimer e sintomi cognitivo-comportamentali, istituzionalizzati.

Intervention: sono stati presi in considerazione gli articoli che trattavano, per almeno un paragrafo completo, l'approccio Snoezelen e la relativa applicazione presso un centro ospedalizzato e correlato alla malattia di Alzheimer e ai sintomi cognitivo-comportamentali.

Comparison: il metodo Snoezelen viene confrontato con una pratica già accertata come funzionante (ad esempio: reminescenza)

Outcome: vengono presi in considerazione gli articoli che hanno come risultato la risposta della persona al trattamento con metodo Snoezelen, sia in caso favorevole sia in caso sfavorevole sui sintomi cognitivo-comportamentali prima, durante, subito dopo, nei giorni successivi alla somministrazione.

4.4 Tabella riassuntiva dei criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
-Approccio/metodo Snoezelen -Diagnosi di Alzheimer e/o demenza con disturbi BPSD istituzionalizzati -età superiore ai 65 anni -sesso maschile e/o femminile -studi di ricerca primaria -scala mondiale -pubblicazione tra gennaio 2000 /maggio 2018	-malattie psichiatriche note -studi secondari

4.5 Selezione primaria:

Leggendo il titolo degli 93 articoli ho escluso quelli che non rispettavano i criteri presenti nel paragrafo “tipo di studio”, ovvero studi che non fossero randomizzati, controllati, pubblicati a partire da gennaio 2000 a maggio 2018, su scala mondiale ovvero senza limiti geografici. Uno dei principali criteri è stato il fatto che il titolo contenesse almeno una delle parole chiave utilizzate. Dall’operazione sono risultati pertinenti 14 articoli.

4.6 Selezione secondaria:

Leggendo gli articoli (14) ho escluso quelli che non rispettavano i criteri presenti nella sezione *P.I.C.O.* Da questa operazione sono emersi 8 articoli favorevoli alla revisione di letteratura da me effettuata.

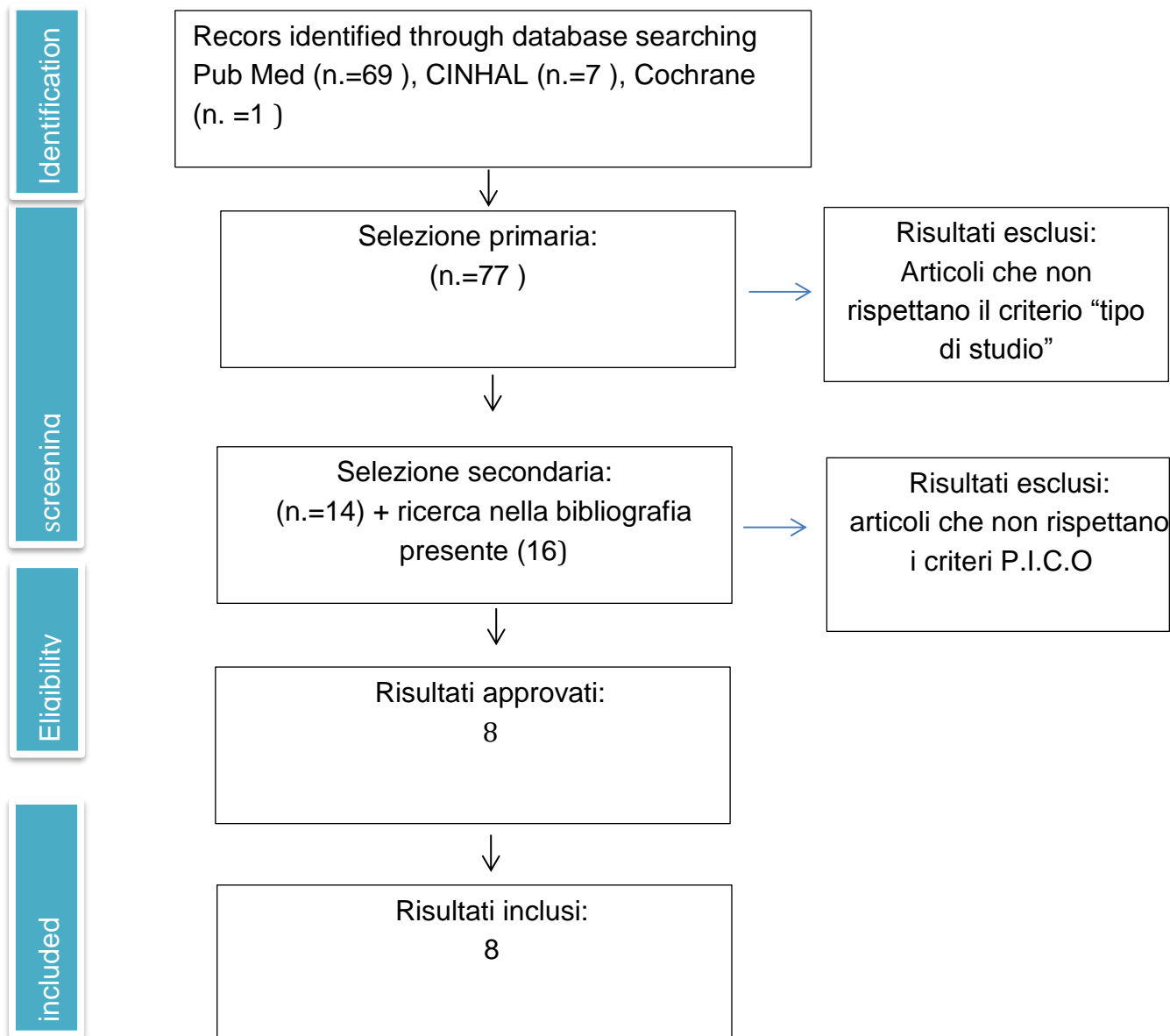


Figura 1: Flow Diagram (PRISMA 2009)

5.0 Lettura critica degli articoli:

In questo capitolo sono esplicitate le letture critiche degli otto articoli selezionati per effettuare la mia Tesi. Questa lettura critica è stata possibile grazie alla tabella di analisi di Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch, & Westmorland, (1998) liberamente tradotta dalla SUPSI e riadattata graficamente da me per rendere più evidenti ed omogenei i risultati.

Titolo dello studio: The effects of snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit (Staal, J.A. et al., 2007)	
Scopo dello studio: Lo scopo dello studio è stato dichiarato esplicitamente? SI NO	Lo studio è stato effettuato per valutare se un trattamento combinato in ospedale di terapie farmacologiche e terapia Snoezelen (Multi-Sensory Behavior Therapy MSBT) riduce l'agitazione, l'apatia, e migliora le AVQ nelle persone con demenza in ospedale. Risponde perfettamente alla mia domanda di ricerca come pure al ruolo dell'ergoterapista in favore dello sviluppo/mantenimento delle 8 aree occupazionali (AOTA, 2008)
Letteratura: è stata esaminata letteratura di background? SI NO	La necessità di effettuare questo studio è spiegata in modo chiaro e convincente e conciso, elenca gli aspetti e i problemi principali del trattamento farmacologico e dei sintomi cognitivo-comportamentali (BPSD).
Design: Studio Randomizzato (RCT)	Il disegno è risultato idoneo alla domanda di studio. L'RCT verifica l'efficacia di un trattamento in soggetti umani. Prevede una randomizzazione per impedire la previsione anticipata dell'assegnazione a uno dei gruppi, con lo scopo principale di avere gruppi di studio paragonabili non solo per le variabili note ma anche per i fattori non noti (definiti come confounding/variable/issue) che possono influenzare l'outcome. È inoltre di tipo parallelo in quanto i due gruppi ricevono nello stesso momento i due tipi di trattamento ed è stato approvato dal comitato di revisione istituzionale.
Campione N: 24 persone descritto nel dettaglio? SI NO la dimensione è stata giustificata? SI NO N/A	Lo studio comprendeva 24 persone istituzionalizzate in età geriatrica con diagnosi di demenza e disturbi BPSD, sono stati assegnati in modo casuale al gruppo sperimentale MSBT o al gruppo di controllo standard. Il consenso è stato ricevuto da tutti i partecipanti/tutori legali. Il campionario comprendeva 8 maschi e 16 femmine. Il gruppo di MSBT era composto da persone di età Media (M) 80.33 (deviazione standard (SD)1.59) mentre il gruppo di controllo M 72.0 (SD 0.84) e la Scala globale di deterioramento (GSD) non mostrava differenze significative sebbene il mini Mental Status segnasse un punteggio leggermente superiore M:19.17 (SD 1.47) per il gruppo MSBT mentre M 11.83 (SD 2.77) per il gruppo di controllo. Entrambe però risultavano nel range critico.

<p>Outcome</p> <p>Gli strumenti utilizzati sono affidabili? SI NO N/A</p> <p>Gli strumenti utilizzati sono validi? SI NO N/A</p>	<p>La valutazione è stata eseguita prima e dopo il trattamento. Sono state prese in considerazione le AVQ (es. vestirsi) e il livello di agitazione/apatia con la Global Deterioration Scale (GDS). La Pittsburgh Agitation Scale è stata utilizzata per misurare i livelli di agitazione.</p> <p>Il Physical Health è stato utilizzato per misurare lo stato generale di salute, sono state inoltre utilizzate Katz Index of Activities of Daily living (KI-IADL), Scale for the Assessment of Negative Symptoms in Alzheimer's Disease (SAN-AD), il MMSE, e Refined Activities of Daily Living Assessment Scale (RADL).</p>
<p>Intervento:</p> <p>L'intervento è stato descritto in dettaglio? SI No N/A</p> <p>La contaminazione è stata evitata? SI NO N/A</p> <p>È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? SI NO N/A</p>	<p>Tutti i partecipanti hanno ricevuto terapia occupazionale, in seguito sono stati randomizzati al gruppo di controllo e di confronto con attività ricreative terapeutiche. Il gruppo di controllo ha partecipato individualmente ad un'attività strutturata per 30 minuti. Ogni partecipante ha frequentato l'attività strutturata con un ricercatore presente che ha controllato gli effetti della terapia sull'attenzione. Le sessioni di attività strutturate erano composte da interventi ricreativi mentre il gruppo di confronto riceveva il trattamento multisensoriale. La contaminazione tra gruppi è stata ridotta al minimo grazie all'uso di personale addestrato (assistenti di ricerca) che hanno gestito gli interventi in modo indipendente. Mentre il contatto tra pazienti randomizzati non può essere prevenuto, il gruppo di controllo non ha avuto alcun contatto con la stanza MSBT per isolare l'effetto dell'intervento sperimentale. Per quanto riguarda la sovrapposizione di interventi (es. farmacologici) nel limite del possibile è stata evitata, in caso contrario ne è stato comunque preso nota prima e durante la valutazione dei risultati.</p>
<p>Risultati:</p> <p>I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? SI NO N/A</p> <p>I metodi di analisi erano appropriati? SI No N/A</p> <p>L'importanza clinica è stata riportata? SI No N/A</p> <p>Sono stati riportati gli abbandoni? SI NO</p>	<p>Il significato statistico è stato fissato a un valore del P Value (P) inferiore 0,05.</p> <p>I risultati dello studio hanno dimostrato che: il gruppo MSDB è migliorato significativamente nei livelli di agitazione rispetto al gruppo di controllo (p = 0,003). È inoltre migliorato significativamente il livello di apatia (p = 0,04). I risultati non hanno indicato differenze significative di gruppo nei punteggi KI-ADL (p = 0,33), punteggi RADL (p = 0,13) o BDP punteggi (p = 0,29). Il gruppo MSBT è migliorato maggiormente a livello di indipendenza nelle AVQ(KI-ADL) rispetto ai membri del gruppo di controllo (p = 0,04). Nonostante questo, nessuno dei due gruppi ha dimostrato cambiamenti significativi per quanto riguarda la vestizione. I punteggi di apatia e agitazione, nonché stato di salute ed età come co-variate (p = 0,03). La RADL è stata eseguita solo per livelli di agitazione (p = 0,02).</p>

Conclusioni e implicazioni cliniche:

Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? **Si** NO

Dai risultati emerge che nel corso di sei sessioni di intervento in entrambi i gruppi è diminuita l'agitazione. Tuttavia il gruppo MSBT ha dimostrato maggior diminuzione del livello dell'agitazione. Inoltre, i ricercatori sostengono che la combinazione di trattamento farmacologico e MSBT può ridurre i livelli di agitazione più del trattamento standard. I risultati per quanto riguarda l'apatia hanno indicato che il gruppo MSBT è migliorato mentre il gruppo di controllo è rimasto uguale. Il gruppo MSBT ha dimostrato che è possibile ridurre l'apatia se applicato in concomitanza ad unità di cure standard aumentando il controllo sull'ambiente, per questo motivo è molto utile alla pratica dell'ergoterapista. Questo studio inoltre dimostra come l'MSBT possa migliorare l'indipendenza nel funzionamento delle AVQ, riducendo l'agitazione e l'apatia. I principali limiti sono stati l'errata considerazione della capacità di vestizione delle persone per garantire la privacy (ad esempio impossibile eseguire la valutazione dell'igiene) e il possibile pregiudizio da parte dell'esaminatore in quanto lo studio non era eseguito in doppio cieco.

Titolo dello studio: Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation? (Maseda, A. et al.2014)	
Scopo dello studio: Lo scopo dello studio è stato dichiarato esplicitamente? SI NO	Lo scopo di questo studio è di valutare e confrontare gli effetti della stimolazione multisensoriale (MSSE) come l'approccio Snoezelen a confronto con sessioni di attività one-to-one sui livelli di umore, comportamento e parametri biomedici (frequenza cardiaca e saturazione di ossigeno nel sangue).
Letteratura: è stata esaminata letteratura di background? SI NO	Nell'analisi di letteratura di background è esplicitato ancora in maniera più chiara come, nonostante vi siano molti articoli presenti, ci sia una necessità sempre maggiore di evidenziare gli effetti della MSSE su i marker biomedici.
Design: RCT	Il Design di studio è un RCT di tipo longitudinale, indaga lo svolgimento di un processo nel corso del tempo, in cui i partecipanti sono stati casualmente assegnati a uno dei tre gruppi (MSSE, attività e controllo). È un disegno di studio idoneo alla domanda di ricerca.
Campione N: 30 partecipanti descritto nel dettaglio ? SI NO la dimensione è stata giustificata? SI NO N/A	Il campione è stato selezionato tra i residenti di uno centro specializzato per anziani a Coruña, delle tabelle riassuntive presenti a pagina 4 (640) dell'articolo inoltre specificano i criteri in maniera completa. Il criterio di inclusione era una diagnosi di demenza (usando il Global Deterioration Scale [GDS]), l'esclusione è la presenza di un disturbo sensoriale che influenzerebbe negativamente le interazioni con la stimolazione multisensoriale. Un computer ha generato dei numeri che sono stati usati per dividere casualmente il campione in tre gruppi composti da dieci partecipanti. Sono stati ricevuti il consenso formale e l'accordo da parte dal comitato etico.
Outcome Gli strumenti utilizzati sono affidabili? SI NO N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? SI NO N/A	Le valutazioni sono state eseguite prima di ogni seduta e subito dopo (pre/post: 10 minuti dalla somministrazione) con la Global Deterioration Scale [GDS], l'Interact Scale (Short) e la misurazione di Frequenza cardiaca (FC) e ossigenazione nel sangue (SpO2)
Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? SI No N/A La contaminazione è stata evitata? SI NO N/A È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? SI NO N/A	Il gruppo MSSE ha partecipato a sessioni multisensoriali nella Snoezelen Room che comprendeva vari elementi di stimolazione sensoriale (es. cavi a fibre ottiche, colonne d'acqua, attrezzature per aromaterapia, e una tavola tattile ecc.) mentre il gruppo di attività ha partecipato a una serie di attività one-to-one, con richieste intellettuali o fisiche. A questi partecipanti è stato chiesto di prendere parte alle attività come giocare a carte, quiz o guardare fotografie. Questo gruppo è stato incluso nello studio per differenziare nello specifico i benefici della stimolazione

	<p>multisensoriale da quelli derivati da partecipare a sessioni di terapia individuale. Il terzo gruppo (gruppo di controllo) non ha partecipato a nessuna delle precedenti attività incluse nell'analisi dei risultati ma ha continuato con le routine quotidiane del centro, comprese sessioni di gruppo di stimolazione cognitiva-consistenti di attività a tema per orientare e coinvolgere la persona.</p>
<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? Si No N/A I metodi di analisi erano appropriati? Si No N/A L'importanza clinica è stata riportata? Si No N/A Sono stati riportati gli abbandoni? Si No</p>	<p>I risultati sono per la maggior parte, ovvero 13/24 dei criteri indagati, risultati statisticamente significativi, ovvero P Value (P) <0.05, nonostante il gruppo campionato non fosse di ampie grandezze (30 partecipanti).</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche: Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? o Si o No</p>	<p>I risultati supportano l'idea che sia il MSSE che le sessioni di attività sembrano essere terapie appropriate per le persone affette da demenza. Subito dopo le sedute i pazienti hanno parlato più spontaneamente, risultavano meno legati agli altri, erano più attenti all'ambiente circostante, erano più attivi, meno annoiati e più rilassati e contenuti. Inoltre, entrambi i gruppi hanno esibito un miglioramento dei tassi fisiologici da prima a dopo le sessioni rispetto al gruppo di controllo. Questo è utile alla pratica dell'ergoterapia perché porta un'ulteriore evidenza a favore del approccio Snoezelen non solo ma anche per i disturbi BPSD e per il controllo ambientale e rendendo la persona più partecipe nella propria vita. Un limite esplicitato è stata la dimensione, ridotta, del campione. Un altro fattore "limitante" era dato dai differenti stadi della malattia che vanno dunque ad influenzare i risultati dell'attività one-to-one che richiede maggiori abilità cognitive. I principali limiti riscontrati sono la grandezza del campione, come pure i diversi stadi progressivi della patologia, è noto difatti ai ricercatori che per le attività one-to-one sia necessario un livello di capacità cognitive superiore rispetto alla terapia con MMSE.</p>

Titolo dello studio: Snoezelen Therapy as an Intervention to Reduce Agitation in Nursing Home Patients With Dementia: A Pilot Study (Berkheimer, S.D., Qian, C., 2017)	
Scopo dello studio: Lo scopo dello studio è stato dichiarato esplicitamente? SI NO	Lo scopo dello studio è stato confrontare gli effetti di un programma Snoezelen rispetto ad un programma di esercizi fisici per ridurre l'agitazione tra i pazienti della casa di cura affetti da demenza. Come ergoterapisti siamo chiamati in causa a scegliere la terapia, nonché il tipo di trattamento più idoneo alla persona. In questo caso sia gli esercizi sia l'approccio Snoezelen possono essere proposti è molto interessante notare quale dei due si è dimostrato il più efficace.
Letteratura: è stata esaminata letteratura di background? SI NO	La necessità dello studio è dimostrare l'efficacia o meno dell'approccio Snoezelen rispetto alla "convenzionale" terapia basata su esercizio fisico. Inoltre le letterature presenti per la base dell'articolo sono esplicitate in maniera breve ma chiara e convincente.
Design: Studio Pilota, prospettico incrociato	È stato uno studio prospettico (riferito al futuro) incrociato. si tratta di un metodo di Design utile rispetto alla domanda di ricerca in quanto serve per un'applicazione iniziale, su un piccolo gruppo per verificare se il progetto è adeguato, stabilirne la fattibilità e/o ricavare dati che permettano in un futuro di specificare la grandezza del campione definitivo.
Campione N: 8 descritto nel dettaglio ? SI NO la dimensione è stata giustificata? SI NO N/A	Il campionario comprende 8 persone con diagnosi di demenza, istituzionalizzate presso la casa per anziani. Sono presenti poche informazioni aggiuntive rispetto alle caratteristiche dei singoli. Nonostante questo viene riferito che inizialmente i candidati erano 13 ma 3 sono stati eliminati perché non risultavano avere i criteri di inclusione e 2 persone sono state escluse perché i dati raccolti inizialmente erano incompleti. Il consenso è stato ricevuto da tutti i partecipanti o dai relativi tutori legali. È stato inoltre approvato dal comitato etico.
Outcome Gli strumenti utilizzati sono affidabili? SI NO N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? SI NO N/A	I risultati sono stati raccolti tramite la somministrazione del Saint Louis University Mental Status (SLUMS) per misurare il deterioramento clinico iniziale, CMAI SCORE (short-form) per valutare i livelli di agitazione. Inoltre le valutazioni sono state eseguite prima della somministrazione e dopo i due tipi di intervento.

<p>Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? Si No N/A La contaminazione è stata evitata? SI NO N/A È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? SI NO N/A</p>	<p>Ogni intervento durava tre settimane, con tre sessioni non consecutive (con almeno un giorno di pausa) per 30 minuti di terapia Snoezelen oppure di esercizio fisico (20 minuti di deambulazione e 10 minuti di sollevamento pesi). Dopo le tre settimane i due gruppi si sono scambiati. Le sedute sono state eseguite da professionisti specializzati e nel caso ci fosse un malessere e/o un disagio del partecipante venivano interrotte. Inoltre ogni seduta è stata resa specifica per il partecipante.</p>
<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? Si No N/A I metodi di analisi erano appropriati? Si No N/A L'importanza clinica è stata riportata? Si No N/A Sono stati riportati gli abbandoni? Si No</p>	<p>Il significato statistico è stato fissato a un valore P Value inferiore a 0,05.</p> <p>Nonostante sia stato calcolato ed espresso in tale maniera, il risultato non ha "significatività statistica e importanza clinica" in quanto il P Value non è inferiore a 0.05. Lo studio comunque comprendeva un campione molto limitato (solo 8 partecipanti).</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche: Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? Si No</p>	<p>Lo studio conclude sostenendo che, sia il metodo Snoezelen che gli interventi sull'esercizio fisico hanno ridotto l'ansia tra i residenti, tuttavia, i cambiamenti nell'ansia pre e post intervento (6/6.5 punti in CMAI; $P < .10$) per entrambe le terapie non erano statisticamente significative nonostante i dati suggeriscono che esiste una tendenza verso una tale riduzione.</p> <p>Nella relazione con l'ergoterapia non solo c'è una dimostrazione dell'efficacia e del confronto ma viene anche dato l'input ad eseguire ulteriori studi.</p> <p>I principali limiti di questo studio pilota erano le dimensioni ridotte del campione (cioè basso potere statistico) e breve durata degli interventi.</p>

Titolo dello studio: An evaluation of Snoezelen compared to 'common best practice' for allaying the symptoms of wandering and restlessness among residents with dementia in aged care facilities (Bauer, M., et al.2015)	
Scopo dello studio: Lo scopo dello studio è stato dichiarato esplicitamente? SI NO	Questo studio riporta una valutazione dell'uso del metodo Snoezelen rispetto alle "migliori pratiche comuni" per attenuare i disturbi BPSD relativi alla demenza (wandering e irrequietezza in particolar modo) in due strutture residenziali per anziani. Lo studio illustra come e se vi è presente un'efficacia superiore va di conseguenza a trattare l'argomento del valore economico rispetto al valore terapeutico.
Letteratura: è stata esaminata letteratura di background? SI NO	La necessità di questo studio è chiara e convincente e mette a paragone l'efficacia al valore economico di un trattamento Snoezelen rispetto alle "pratiche comuni" maggiormente economiche e facilmente applicabili.
Design: RCT	Il tipo di Design di questo studio non è stato esplicitato, dal disegno di ricerca comunque ho potuto supporre che si tratta di uno studio RCT, è pertanto idoneo alla domanda di ricerca.
Campione N: 16 persone descritto nel dettaglio? SI NO la dimensione è stata giustificata? SI NO N/A	Un tipo di campionamento mirato è stato selezionato da due infermieri specializzati nel settore, ed i relativi capi reparto, alla fine sedici persone anziane affette da demenza con sintomi BPSD noti sono state selezionate. Tutti avevano un deterioramento cognitivo da moderato a grave. Il consenso è stato ottenuto di rispettivi rappresentanti autorizzati, come pure dal comitato etico. Una tabella con i dati specifici relativi al campionario è riportata all'interno dell'articolo.
Outcome Gli strumenti utilizzati sono affidabili? SI NO N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? SI NO N/A	I risultati sono stati ottenuti in tre momenti specifici (più uno) quando si è verificato un tipo di comportamento, prima dell'intervento, subito dopo l'intervento, 30 minuti dopo l'intervento, 60 minuti dopo l'intervento. Sono state valutate con la Psychogeriatric Assessment Scale (PAS) e la Queen Elizabeth Behaviour Assessment Graphic Scale (QEBAGS)

<p>Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? Si No N/A La contaminazione è stata evitata? SI NO N/A È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? SI NO N/A</p>	<p>Non ci sono molte informazioni relative al tipo di intervento, viene specificato che si tratta di quattro settimane di terapie tra cui un gruppo sottoposto a terapie usuali (dette pratiche comuni con il terapeuta già conosciuto) mentre il gruppo di sperimentazione effettuava delle sedute di Snoezelen con uno specialista.</p>
<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? Si No N/A I metodi di analisi erano appropriati? Si No N/A L'importanza clinica è stata riportata? Si No N/A Sono stati riportati gli abbandoni? Si No</p>	<p>Lo studio ha confrontato Snoezelen con "buone pratiche comuni" per l'attenuazione dei sintomi BPSD (vagabondaggio e irrequietezza) in due strutture residenziali per anziani (una con una sala Snoezelen dedicata). Hanno scoperto che c'era una significativa riduzione dei sintomi comportamentali segnalati ($P < 0.001$) tra pre-intervento (T0) e immediatamente dopo l'intervento (T1) per entrambi gli interventi. Tuttavia, nessuna ulteriore differenza si è mostrata nel tempo T2 e T3, il che suggerisce che non ci sono vantaggi per l'uso di Snoezelen sugli interventi di "buona pratica comune" per il trattamento dei sintomi BPSD a lungo termine. I due gruppi erano simili tra loro.</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche: Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? Si No</p>	<p>Data la considerevole spesa implicata nell'allestimento di una stanza specifica Snoezelen, questo risultato offre alcuni spunti di riflessione per i fornitori di servizi che potrebbero prendere in considerazione la creazione di tale spazio. Tuttavia, il costo coinvolto per creare l'ambiente multisensoriale specifico, devono essere valutati contro le prove a sostegno della loro efficacia e al valore terapeutico nonché economico. C'erano un certo numero di limitazioni in questo studio, la principale era che non essendo uno studio "cieco" il risultato poteva essere influenzato dal rapporto noto "osservatore-paziente", in secondo luogo la grandezza ridotta del campione, ed in ultimo il ridotto tempo di somministrazione (breve periodo di durata dell'esperimento).</p>

Titolo dello studio: A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia (Baillon, S., et al. 2004)	
Scopo dello studio: Lo scopo dello studio è stato dichiarato esplicitamente? SI NO	Questo studio randomizzato controllato incrociato mirava a valutare l'effetto di Snoezelen sull'umore e comportamento dei pazienti con demenza, rispetto all'effetto della terapia con Reminiscenza.
Letteratura: è stata esaminata letteratura di background? SI NO	Il comportamento agitato si verifica fino al 60% di pazienti con la malattia di Alzheimer (Rabins et al., 1982), ed è fortemente associato con lo stress dei caregivers e la precoce istituzionalizzazione. Dato che i trattamenti farmacologici del comportamento e sintomi psicologici nella demenza hanno controindicazioni importanti vengono sempre più utilizzati trattamenti come ri-orientamento alla realtà, reminiscenza e il rilassamento, Snoezelen (...). Purtroppo questi interventi mancano di una solida base di prove per questo motivo è necessario eseguire studi relativi all'efficacia. Sono inoltre state analizzate ed esplicitate in modo chiaro le letterature già presenti.
Design: RCT Crossover Randomised controlled study	Studio randomizzato controllato incrociato. I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi grazie al metodo della busta sigillata, in seguito i due gruppi sono poi stati scambiati a livello di trattamento.
Campione N: 20 descritto nel dettaglio ? SI NO la dimensione è stata giustificata? SI NO N/A	Venti pazienti affetti da demenza e sintomi BPSD, hanno ricevuto tre sessioni ciascuno di Snoezelen e reminiscenza. Gli effetti sono stati valutati utilizzando le misure del comportamento, frequenza cardiaca, umore ed agitazione durante le sessioni. Il consenso è stato ricevuto da tutti i rappresentanti legali e dal comitato etico.
Outcome Gli strumenti utilizzati sono affidabili? SI NO N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? SI NO N/A	I test utilizzati sono stati il Mini-Mental State Examination, Cohen- Mansfield Agitation Inventory short form, Interact-Scale. Le misurazioni inoltre sono avvenute 3 minuti prima, subito dopo, 15 minuti dopo, 30 minuti dopo la terapia. Inoltre la Frequenza Cardiaca (FC) è stata misurata ad intervalli di 1 minuti da 15 minuti prima a 30 minuti dopo.

<p>Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? Si No N/A La contaminazione è stata evitata? SI NO N/A È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? SI NO N/A</p>	<p>L'intervento è avvenuto sottoponendo i partecipanti a tre sessioni individuali settimanali con almeno un giorno di pausa (es. 1-0-1-0-1). La durata del trattamento era di 40 minuti fuorché nelle situazioni di malessere e/o disagio importante del partecipante. Dopo 2 settimane ai partecipanti del gruppo A e B si sono invertite le terapie.</p>
<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? Si No N/A I metodi di analisi erano appropriati? Si No N/A L'importanza clinica è stata riportata? Si No N/A Sono stati riportati gli abbandoni? Si No</p>	<p>Entrambi gli interventi hanno avuto un effetto positivo. Snoezelen non era più vantaggioso della reminiscenza in termini di effetto una significativa statistica nella riduzione del comportamento agitato o della frequenza cardiaca. C'era una considerevole variazione nel modo in cui gli individui rispondevano ad ogni intervento. Nonostante il metodo Snoezelen può avere un effetto maggiormente efficace della reminiscenza a causa delle piccole dimensioni ed il numero limitato di partecipanti questo vantaggio non è stato dimostrato statisticamente. Tutti i partecipanti hanno completato la sessione di studio, benché per alcuni vi siano state delle complicazioni segnalate e spiegate e trattate nella maniera più adeguata.</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche: Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? Si No</p>	<p>Per stabilire i benefici sono necessarie ulteriori ricerche, con un numero maggiore di soggetti e una analisi del metodo Snoezelen applicata a persone in diversi stadi della demenza per identificare eventuali benefici aggiuntivi . I limiti dello studio è che i partecipanti per entrambe le terapie aveva lo stesso terapeuta. Inoltre il design di studio non permetteva ai ricercatori e ai Keyworker di essere neutrali all'intervento e ai soggetti.</p>

Titolo dello studio: Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial (Sanchez, A., et al. 2016)	
Scopo dello studio: Lo scopo dello studio è stato dichiarato esplicitamente?	L'obiettivo di questo studio era di confrontare gli effetti di un ambiente di stimolazione multisensoriale (MSSE) e di sessioni musicali individualizzate sui livelli di agitazione, stato emotivo e cognitivo e gravità della demenza in un campione di istituzionalizzato di pazienti affetti da demenza grave.
Letteratura: è stata esaminata letteratura di background? SI NO	La necessità di questo studio è data dall'avanzare della speranza di vita a livello mondiale nonché, le alternative al trattamento farmacologico e riconoscere l'efficacia di MSSE in quanto il suo uso di richiede un investimento significativo di risorse economico. Per questo motivo sono necessari studi controllati per dimostrare se i benefici sono migliori rispetto a quelli forniti da altri interventi sensoriali. Il Modello di Kovach riconosce suggerisce che gli squilibri nel ritmo della stimolazione sensoriale e le attività sensoriali-calmanti influenzano il comportamento e il funzionamento fisico e sociale il MSSE costituisce un adeguato intervento poiché offre una gamma di attività che possono essere stimolanti o calmanti a livello sensoriale in linea con i bisogni terapeutici di il paziente. Il modello Multisensoriale Analitico Funzionale di Terapia Ambientale (FAMSET) suggerisce però che l' MSSE non fornisce all'anziano un rinforzo sensoriale che evoca stati di ricompensa e di conseguenza una risposta di rilassamento.
Design: RCT	È stato condotto uno studio controllato randomizzato in cui i partecipanti sono stati distribuiti in livelli in base al loro stato cognitivo e successivamente assegnati in modo casuale a 1 di 2 gruppi (MSSE o musica individualizzata). Il Design è idoneo al tipo di ricerca.
Campione N: 22 persone descritto nel dettaglio ? SI NO la dimensione è stata giustificata? SI NO N/A	Il campione è stato selezionato tra i residenti di un centro per anziani specializzato in demenza a Coruña (Spagna). Le caratteristiche sociodemografiche, l'età media del campione, e i dati dei partecipanti sono descritti in maniera approfondita e sono disponibili nella tabella 1 dell'articolo in allegato. Ad una prima analisi i gruppi risultano omogenei. I criteri di inclusione erano: diagnosi di demenza e/o declino cognitivo grave (GDS 6-7). I criteri di esclusione erano la presenza di un'ipoacusia o altri disturbi sensoriali gravi.

	<p>Un computer è stato usato per dividere casualmente il campione in 2 gruppi di 11 soggetti. La dimensione del campione iniziale è scesa a 18.</p> <p>il protocollo di studio è stato approvato dal comitato etico presso l'Università di Coruña come pure il consenso è stato ottenuto da tutti i tutori legali.</p>
<p>Outcome</p> <p>Gli strumenti utilizzati sono affidabili? SI NO N/A</p> <p>Gli strumenti utilizzati sono validi? SI NO N/A</p>	<p>Per l'idoneità del campione è stato utilizzato il test di Shapiro-Wilk, siccome è il più appropriato per campioni di piccole dimensioni (<50 partecipanti).</p> <p>Inoltre per le valutazioni sono state utilizzate l'Agitation Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), la Cornell Scale per Depressione in demenza,(CSDD), la Rating Anxiety in Dementia Scale (RAID), il Several Mini Mental State Examination, (SMMSE), e per valutare inizialmente la gravità generale della demenza è stata utilizzata la Bedford Alzheimer Nurse Gravity Scale (BANS-S).</p> <p>Le misurazioni sono avvenute prima (pre-trial), a metà (mid-trial), al termine dell'intervento (post-trial) e 8 settimane dopo l'intervento (follow-up).</p>
<p>Intervento:</p> <p>L'intervento è stato descritto in dettaglio? SI No N/A</p> <p>La contaminazione è stata evitata? SI NO N/A</p> <p>È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? SI NO N/A</p>	<p>I partecipanti di entrambi i gruppi hanno preso parte a due sessioni settimanali di MSSE e sessioni musicali individualizzate. per un periodo di 16 settimane, fino per raggiungere un totale di 32 sessioni. Le sessioni di norma sono durate 30 minuti (a meno che il partecipante ha espresso il desiderio di andarsene, in quel caso la seduta è stata interrotta).</p>
<p>Risultati:</p> <p>I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? o Si o No o N/A</p> <p>I metodi di analisi erano appropriati? o Si o No o N/A</p> <p>L'importanza clinica è stata riportata? o Si o No o N/A</p> <p>Sono stati riportati gli abbandoni? o Si o No</p>	<p>Il significato statistico è stato impostato su un valore P Value inferiore a 0,05. I risultati erano: il livello di agitazione dei pazienti del gruppo MSSE come pure i risultati del RAID e BANS-S è migliorato significativamente confrontato con il gruppo musicale individualizzato post versus pre-trial.</p> <p>Il periodo di follow-up a causa della morte dei partecipanti (n = 3) o abbandoni (n = 1) per questo il campione finale consisteva in 18 partecipanti, con 9 partecipanti in ciascun gruppo.</p> <p>Sempre per quanto riguarda l'agitazione, c'è stato un miglioramento durante l'intervento sia nel MSSE che nei gruppi musicali individualizzati nel punteggio totale CMAI dopo 16 settimane di intervento, senza differenze significative tra i gruppi. I risultati suggeriscono che MSSE potrebbe avere effetti migliori su sintomi di ansia e gravità della demenza rispetto alle sessioni di musica individualizzate in pazienti anziani con gravi demenza.</p>

	<p>Le due terapie hanno dimostrato che, sull'umore, i punteggi CSDD sono rimasti stabili durante l'intervento nel gruppo MSSE, mentre nel gruppo musicale individualizzato, sono peggiorati dalla fase preliminare rispetto al post-trial. Tuttavia, i risultati non avevano rilevanza significativa. Durante il periodo di follow-up, entrambi i gruppi riflettono un miglioramento significativo nella loro punteggi ($p = 0,006$).</p> <p>Per quanto riguarda l'ansia, con un significativo cambiamento nel RAID da Pre-trial post-trial, c'è stato un miglioramento nei punteggi MSSE durante l'intervento ma non nel gruppo musicale individualizzate, nonostante questo non vi sono differenze statisticamente significative tra i gruppi. Durante il periodo di follow-up, i punteggi di BANS-S in entrambi i gruppi peggiorano. Tuttavia, i risultati non sono statisticamente significativi.</p>
<p>Conclusioni e implicazioni cliniche: Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? o Si o No</p>	<p>I risultati suggeriscono che MSSE potrebbe avere effetti migliori sui sintomi di ansia e gravità della demenza rispetto a sessioni di musica individualizzate in pazienti anziani con demenza grave.</p> <p>Per quanto riguarda l'agitazione, c'è stato un miglioramento simile sia nel MSSE che nei gruppi musicali individualizzati nel punteggio totale CMAI dopo le 16 settimane di intervento, con nessuna differenza significativa tra i due tipi di interventi. Questo risultato indica che entrambi i tipi di trattamento possono essere appropriati per ridurre i sintomi di agitazione nelle persone con demenza avanzata. Le limitazioni del presente studio sono la piccola dimensione del campione, sebbene ottenere più partecipanti avrebbe potuto comprometterne l'omogeneità del campione e la conseguente possibilità di randomizzazione. Nel futuro sono comunque necessari campioni più grandi per confermare i risultati di questo studio. Inoltre, un'altra limitazione è data dal fatto che una demenza grave rende difficile la raccolta oggettiva dei dati d'analisi.</p>

Titolo dello studio: Multisensory Stimulation for Elderly With Dementia: A 24-Week Single-Blind Randomized Controlled Pilot Study (Milev, R. V., et al. 2008)	
Scopo dello studio: Lo scopo dello studio è stato dichiarato esplicitamente?	Lo scopo dello studio è stato esplicitato chiaramente, è stato eseguito per notare gli effetti della stimolazione multisensoriale sugli anziani affetti da demenza.
Letteratura: è stata esaminata letteratura di background? SI NO	La letteratura di background è spiegata in modo chiaro e convincente. La demenza negli anziani è un disturbo purtroppo molto comune e debilitante ed è in aumento come pure i tipi di trattamento invasivo farmacologico ed i relativi effetti collaterali. I residenti in strutture di assistenza a lungo termine si trovano spesso in una condizione di deprivazione occupazionale e sensoriale. La gestione farmacologica non è sempre utile e piena di effetti collaterali importanti tra cui anche la morte per questo motivo sono necessari approcci alternativi come ad esempio il metodo di Stimolazione Multisensoriale (MSS) che è stato sviluppato per affrontare gli squilibri di stimolazione sensoriale.
Design: Studio pilota controllato randomizzato (single-blinded)	Il design di studio è appropriato alla domanda di ricerca.
Campione N: 21 residenti in Casa per anziani descritto nel dettaglio? SI NO la dimensione è stata giustificata? SI NO N/A	I dati relativi ai partecipanti sono esplicitati in una tabella completa riassuntiva reperibile nell'articolo allegato. Il consenso informato scritto è stato fornito da familiari stretti e/o dai tutori legali.
Outcome Gli strumenti utilizzati sono affidabili? SI NO N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? SI NO N/A	La valutazione dell'effetto di MSS è avvenuta tramite un'osservazione giornaliera con la Daily Observation Scale (DOS) alle settimane 0, 4, 8, 12 e 24. Un punteggio è stato dato per ogni ora dalle 8:00 alle 20:00. Inoltre il Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) è stato eseguito nelle settimane 4, 8, 12 e 24 e ha permesso di completare le misure grazie ai membri delle famiglie dei partecipanti. I questionari infatti stati spediti ai membri delle famiglie, a cui è stato poi chiesto di valutare miglioramento alla loro visita più recente rispetto alla precedente.

<p>Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? Si No N/A La contaminazione è stata evitata? SI NO N/A È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? SI NO N/A</p>	<p>In questo studio pilota di 24 settimane (studio controllato randomizzato), gli autori hanno esaminato ventuno pazienti anziani con demenza (utilizzando i criteri del DSM-IV per la demenza). I 21 partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a 1 dei 3 gruppi (Tabella 1). Il gruppo di controllo non ha ricevuto il trattamento sperimentale per l'intera durata dello studio e ha ricevuto solo le cure usuali (CAU). Il secondo gruppo aveva 1 sessione di Snoezelen a settimana e il terzo gruppo ha avuto 3 sessioni di Snoezelen a settimana per 12 settimane. Alla fine del periodo di 12 settimane, tutti i partecipanti non hanno ricevuto il trattamento Snoezelen per altre 12 settimane. Ogni sessione è durata 30 minuti su base 1:1 con un operatore qualificato di Snoezelen. Ogni reazione avversa al trattamento è stata trattata nella maniera più adeguata ed immediata e, nel caso di forte agitazione, la sessione è stata interrotta.</p>
<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? o Si o No o N/A I metodi di analisi erano appropriati? o Si o No o N/A L'importanza clinica è stata riportata? o Si o No o N/A Sono stati riportati gli abbandoni? Si o No</p>	<p>Il significato statistico è stato fissato a un valore P Value inferiore a 0,05. Dai risultati emerge una tendenza al miglioramento sui test DOS e CGI-I giornalmente con l'aumento delle sessioni di trattamento a settimana. Questo è diventato statisticamente significativo alle settimane 8 (DOS) e 12 (CGI). Questa differenza è continuata per 12 settimane dopo la fine del trattamento. Per aumentare la significatività nell'articolo è specificato che andrebbe aumentata la grandezza del campione. Fino all'ottava settimana non vi era differenza significativa tra i gruppi (P = 0.280). Difatti, i gruppi sono stati raggruppati e le differenze di significatività sono state osservate tra gruppi di controllo e di trattamento alle settimane 12 e 24 settimana (P = 0.0371) Durante studio, ci sono stati 2 morti e 1 abbandono e così sono stati analizzati i dati per i restanti 18 pazienti.</p>

Conclusioni e implicazioni cliniche:

Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? **Si** No

Le conclusioni dell'articolo sono che, l'MSS può essere un'utile aggiunta alla cura di pazienti anziani con demenza.

Un limite dello studio era l'interpretazione difficile dei dati data la piccola dimensione del campione ed eterogeneità dei partecipanti (alcuni partono da 0 MMSE, altri da 16). Negli studi futuri per questo, le dimensioni del campione dovrebbero essere più grandi per ridurre la possibilità di fare un errore. La progressione della malattia può anche differire tra i partecipanti e come tale è difficile da prevedere per un periodo di 24 settimane. A causa delle dimensioni ridotte del campione gli autori definiscono che "manca una buona randomizzazione" così come il "potere" sufficiente a confermare statisticamente le differenze tra i due gruppi. Un altro limite era che il risultato principale (DOS) non è stato eseguito in modalità "cieca".

Titolo dello studio: Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial (Maseda, A., et al. 2014)	
Scopo dello studio: Lo scopo dello studio è stato dichiarato esplicitamente? SI NO	L'obiettivo principale dello studio corrente era valutare l'influenza a lungo termine del MSSE riguardo al comportamento, all'umore e alle funzioni cognitive e funzionali nelle attività di base della vita quotidiana (ADL) di pazienti anziani istituzionalizzati con demenza. Inoltre il MSSE che utilizza una camera Snoezelen implica risorse economiche superiore a quelle richieste nelle terapie one-to-one. Pertanto, è particolarmente necessario dimostrare in modo empirico i suoi benefici. Risorse come la manodopera e i costi di costruzione di un MSSE non possono essere giustificati senza tale prova.
Letteratura: è stata esaminata letteratura di background? SI NO	Il metodo Snoezelen come pure i dati relativi alla demenza sono esplicitati in maniera concisa e coerente. Inoltre viene dichiarato come la maggior parte degli articoli pubblicati sull'uso del MSSE con le persone affette da demenza si sono concentrati principalmente sui suoi effetti relativi al comportamento e all'umore. Ci sono pochissimi dati a lungo termine riguardo all'efficacia del MSSE in relazione allo stato cognitivo del paziente e allo stato funzionale. Non ci sono prove che dimostrino una maggiore efficacia del MSSE rispetto alle attività one-to-one (usate frequentemente con pazienti affetti da demenza) quindi studi come questo sono necessari per essere in grado di distinguere gli effetti benefici di MSSE da quelli di attività one-one.
Design: Studio RCT longitudinale	È stato condotto uno studio longitudinale controllato, in cui i partecipanti erano distribuiti in livelli in base al loro stato cognitivo e funzionale e alla relativa influenza sulle AVQ. Successivamente, sono stati assegnati in modo casuale a 3 gruppi (MSSE, attività e controllo). Il Design di studio è appropriato alla domanda di ricerca.
Campione N: 30 persone descritto nel dettaglio ? SI NO la dimensione è stata giustificata? SI NO N/A	Il campione è stato selezionato tra i residenti di una casa per anziani in Spagna. Tutti i partecipanti avevano una diagnosi di demenza ed una determinazione della gravità della malattia: lieve, moderata o grave segnata dai livelli da 4 a 7 con la Global Deterioration Scale (GDS). Sono stati esclusi i partecipanti con la presenza di disturbi sensoriali che non consentivano l'interazione con gli oggetti di stimolazione multisensoriale (es. ipoacusia). Il campione finale consisteva in 30 pazienti.

	<p>Una randomizzazione casuale è stata effettuata grazie ad un generatore di numeri così da arrivare a 3 gruppi di 10 partecipanti.</p> <p>Il protocollo di studio è stato approvato dal comitato etico dell'Università di Coruña. La Tabella 2, reperibile nell'articolo, mostra le caratteristiche sociodemografiche del campione.</p> <p>Prima della raccolta dei dati, tutti i partecipanti (o i loro tutori legali) sono stati informati dello studio e hanno firmato il corrispondente consenso informato.</p>
<p>Outcome Gli strumenti utilizzati sono affidabili? SI NO N/A Gli strumenti utilizzati sono validi? SI NO N/A</p>	<p>Il comportamento, l'umore, la sfera cognitiva e la compromissione funzionale nelle AVQ sono state misurate prima, in mezzo, subito dopo ed a 8 settimane dopo l'intervento.</p> <p>I test utilizzati sono stati, la Global Deterioration Scale (GDS), la versione spagnola convalidata di Cohen-Mansfield Agiton Inventory (CMAI), il Neuropsychiatric Inventory–Nursing Home (NPI-NH), il Barthel index e la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD).</p>
<p>Intervento: L'intervento è stato descritto in dettaglio? Si No N/A La contaminazione è stata evitata? Si NO N/A È stata evitata la sovrapposizione di un altro intervento? SI NO N/A</p>	<p>Trenta pazienti sono stati assegnati in modo casuale a tre gruppi: Il gruppo di stimolazione multisensoriale (MSSE), il gruppo di attività one-to-one (GA) individualizzate e il gruppo di controllo.</p> <p>Il MSSE e il GA hanno partecipato due sedute individuali settimanali di 30 minuti per 16 settimane.</p> <p>Il gruppo MSSE ha partecipato a sessioni multisensoriali in una camera Snoezelen che includeva vari elementi per stimolare i sensi, (ad esempio cavi a fibre ottiche, colonne d'acqua, acqua vibrante letto, una sfera a specchio, proiettori schermo...).</p> <p>Il gruppo di attività one-to-one ha partecipato a una serie sessioni di attività (es. giocare a carte...), in cui le richieste intellettuali e / o fisiche sono state elaborate in base all'individuo con un approccio di tipo direttivo.</p> <p>Infine, il gruppo di controllo non ha partecipato a nessuna delle attività sopra menzionate, ha però continuato con il training di routine quotidiana del centro, (es. stimolazione cognitiva). Il rapporto era 1:1 e la frequenza e la durata delle sessioni erano equivalenti per MSSE e GA. Se il partecipante ha espresso il desiderio di andarsene e/o era agitato (...) le sessioni sono state interrotte.</p> <p>Tutte le sessioni sono state condotte da professionisti (ergoterapisti o psicologo) con equivalente istruzione e formazione nella metodologia utilizzata. Le due tipologie di intervento sono state presentate come equivalenti ai partecipanti per evitare di influenzare il risultato.</p>

<p>Risultati: I risultati sono stati riportati in termini di significatività statistica? Si No N/A I metodi di analisi erano appropriati? Si No N/A L'importanza clinica è stata riportata? Si No N/A Sono stati riportati gli abbandoni? Si No</p>	<p>Il significato statistico è stato fissato a un valore P Value (P) inferiore a 0.05. Diversi miglioramenti in significatività statistica si sono dimostrati riguardo all'aggressività fisica, all'agitazione (P=0.023) nel gruppo MSSE rispetto al gruppo attività senza però differenze statisticamente significative tra MSSE e gruppi di controllo. Inoltre, ci sono stati significativi effetti a lungo tempo in entrambi i gruppi nel punteggio totale CMAI (P=0.049) e comportamento agitato verbalmente (P =0.001), con un miglioramento del livello di agitazione durante l'intervento. Tuttavia, non sono state trovate differenze significative tra i gruppi. È stata osservata una significativa diminuzione del comportamento verbalmente agitato dal pre-test al post-test in entrambi i gruppi (P=0.012), senza differenze significative tra i gruppi.</p> <p>Effetti significativi nel tempo sono stati riscontrati anche nell'NPI-NH, i punteggi in entrambi i gruppi riflettono un significativo miglioramento del comportamento (P=0.018), sebbene le differenze tra il 2 gruppi non erano significative. In entrambi i casi, gli effetti positivi dell'intervento però non sono proseguiti nel periodo di follow-up.</p> <p>Per la Scala NPI-NH, tra il gruppo MSSE e il gruppo di controllo, si è notato un aumento dei punteggi di entrambi i gruppi nel periodo di follow-up (P=0 .040), senza significative differenze tra i gruppi. Per quanto riguarda l'umore, sia il gruppo MSSE che il gruppo attività hanno mostrato un miglioramento nei punteggi CSDD durante l'intervento, (i risultati non erano però statisticamente significativi). Per entrambi i gruppi, i punteggi peggiorarono nel periodo di follow-up rispetto alla valutazione post trattamento (P=0. 024), senza differenze significative tra i gruppi. Per il GDS c'è stata una leggera diminuzione nei punteggi del gruppo MSSE tra valutazioni pre-intervento, intermedio e post-intervento che non erano osservate negli altri 2 gruppi, ma i risultati non erano statisticamente significativi. C'è stato un miglioramento nei punteggi dell'indice Barthel tra le valutazioni pre-mid-post intervento nel MSSE gruppo ma non nel gruppo di attività o nel gruppo di controllo.</p>
--	---

<p>Conclusioni e implicazioni cliniche:</p> <p>Le conclusioni sono appropriate rispetto ai metodi di studio e i risultati? Si No</p>	<p>I risultati di questo studio mostrano che il MSSE può avere effetti positivi a lungo termine su alcuni dei sintomi BPSD per persone istituzionalizzate affette da demenza.</p> <p>I pazienti trattati con MSSE hanno avuto un miglioramento significativamente più alto in termini fisici e di comportamento non aggressivo rispetto a quelli che frequentavano l'attività one-to-one. Sia nel gruppo MSSE che nel gruppo attività, vi è stato un significativo miglioramento della CMAI totale e del punteggio NPI-NH totale in pre, metà e post intervento.</p> <p>Un'ipotesi possibile che sorge da questo studio è che le persone in stadi avanzati della malattia, con un livello di funzionamento molto basso traggono un maggior beneficio da MSSE piuttosto che da un'attività one-to-one che richiede più abilità cognitive. Pertanto, la ricerca futura dovrebbe condurre studi specifici con persone in stadi avanzati di demenza, utilizzando strumenti che consentono discriminazioni più specifiche delle variazioni dello stato cognitivo e funzionale nell'AVQ.</p> <p>Una limitazione del presente studio è quindi la piccola dimensione del campione (che può spiegare i risultati non significativi trovati in alcuni risultati). Un altro aspetto da tenere in considerazione è l'indice di Barthel che non ha davvero valutato l'impatto dell'intervento sulla sfera funzionale in quanto è stato misurato solo in termini di AVQ.</p> <p>Futuri studi empirici con campioni più grandi sono necessari per confermare i risultati ottenuti da questo studio.</p>
--	--

5.1 Discussione:

In questo capitolo verranno esplicitati i risultati dell'analisi confrontati con gli obiettivi del mio lavoro di Tesi.

5.2 Confronto tra i risultati ottenuti e l'obiettivo di lavoro di Tesi:

L'obiettivo principale del mio lavoro di tesi è stato analizzare la letteratura presente e gli articoli scientifici per comprendere l'efficacia provata del metodo Snoezelen con pazienti affetti da Alzheimer e sintomi cognitivo-comportamentali istituzionalizzati, come pure comprendere nel caso ce ne fosse bisogno come mai vi sono ancora poche evidenze scientifiche a riguardo nonostante i molti anni dalla creazione del metodo, l'applicabilità ed i relativi terapeuti numerosi formati in tutto il mondo.

Staal, J.A. et al., 2007, hanno realizzato un articolo scientifico per valutare se un trattamento combinato in pazienti istituzionalizzati di terapie farmacologiche e terapia Snoezelen (Multi-Sensory Behavior Therapy MSBT) riduce l'agitazione, l'apatia, e migliora le AVQ. Risponde perfettamente alla mia domanda di ricerca come pure al ruolo dell'ergoterapista in favore dello sviluppo/mantenimento delle 8 aree occupazionali (AOTA, 2008). I risultati mostrano delle buone evidenze per il metodo Snoezelen nei livelli di agitazione e nel livello di apatia. Non hanno però riscontrato differenze statisticamente significative nei punteggi del KI-ADL nonostante sia risultato un miglioramento nelle AVQ. Grazie a queste conclusioni i ricercatori hanno potuto sostenere che la combinazione di un trattamento farmacologico e MSBT può ridurre i livelli di agitazione e di apatia più del trattamento standard, inoltre sottolineano come l'aumentando del controllo ambientale sia necessario per rendere la persona più partecipe, attiva e "funzionale" nella sua vita, per questo motivo questo studio, nonostante non parli in prima persona del ruolo dell'ergoterapista, è molto utile per la mia professione.

Maseda, A. et al. 2014 hanno creato il loro studio con lo scopo di valutare e confrontare gli effetti dell'approccio Snoezelen con sessioni di attività one-to-one sui livelli di umore, comportamento e parametri biomedici (frequenza cardiaca e saturazione di ossigeno nel sangue). I risultati sono per la maggior parte, ovvero 13/24 dei criteri indagati, statisticamente significativi a favore dell'efficacia di Snoezelen. Subito dopo le sedute difatti, i pazienti, hanno parlato di più spontaneamente, risultavano meno legati agli altri, erano più attenti all'ambiente circostante, erano più attivi e più rilassati. Inoltre, entrambi i gruppi hanno esibito un miglioramento dei tassi fisiologici da prima a dopo le sessioni rispetto al gruppo di controllo questo ha portato i ricercatori alla conclusione che sia le sedute di attività one-to-one sia il metodo Snoezelen sono utili alla pratica dell'ergoterapista per lavorare sui sintomi BPSD della persona e migliorarne non solo il "rendimento" ma la qualità di vita.

Berkheimer, S.D., Qian, C., 2017 nel loro studio pilota non vengono riportate buone evidenze scientifiche, in quanto il campionario era troppo piccolo ma viene dato un grande input per la realizzazione di uno studio più grande e più dettagliato con nuovamente lo scopo di confrontare gli effetti di Snoezelen rispetto ad un programma di esercizi fisici per ridurre l'agitazione tra i pazienti della casa di cura affetti da demenza. Nello studio pilota risulta che sia gli esercizi sia l'approccio Snoezelen possono essere proposti. Lo studio conclude sostenendo che, il metodo Snoezelen e gli interventi di esercizio fisico hanno ridotto l'ansia tra i residenti, nonostante non vi sia una riduzione statisticamente significativa i dati suggeriscono che esiste una tendenza verso la riduzione dei sintomi.

Nell'articolo a cura di Bauer, M., et al. 2015, viene riportata una valutazione dell'uso del metodo Snoezelen rispetto alle "migliori pratiche comuni" per attenuare i sintomi cognitivo-comportamentali relativi alla demenza unita all'argomento molto sensibile a livello etico del valore economico rispetto al valore terapeutico, inoltre i risultati sono valutati in base al tempo (ovvero non solo subito dopo ma anche "di mantenimento"). I ricercatori hanno evidenziato che c'era una significativa riduzione dei sintomi comportamentali segnalati nell'immediato per entrambi gli interventi, tuttavia, nessuna ulteriore differenza si è mostrata nel tempo (non vi è stato mantenimento del miglioramento). Data la considerevole spesa implicata nell'allestimento di una Snoezelen Room, questo risultato offre alcuni spunti di riflessione per le richieste di allestimento. Dal mio punto di vista comunque dato che le evidenze rispetto all'immediato ci sono, l'articolo va comunque utilizzato a nostro favore in quanto (eticamente parlando) trovo idoneo un trattamento che anche solo per 30 minuti al giorno faccia sentire meglio e doni più qualità di vita ad una persona che vive un momento delicato come la malattia e "l'avvicinarsi del fine vita" che per molte persone è vissuto come un momento di profonda agitazione.

I ricercatori Baillon, S., et al. 2004 hanno valutato l'effetto di Snoezelen confrontato con la Reminiscenza sull'umore e il comportamento dei pazienti affetti da demenza. Il loro punto di partenza è stata la consapevolezza della malattia, delle implicazioni sui caregivers, dell'istituzionalizzazione precoce come pure delle conseguenze note dei trattamenti farmacologici come pure delle scarse evidenze scientifiche relative alle terapie alternative. Entrambi gli interventi si sono dimostrati positivi ma tra i due non vi era differenza statisticamente significativa a causa del piccolo campionario. Questo studio però è molto utile a noi terapisti per comprendere l'importanza di eseguirne altri più grandi con la consapevolezza che comunque un miglioramento è noto.

Sanchez, A., et al. 2016 hanno confrontato gli effetti di un ambiente di stimolazione multisensoriale (MSSE) e di sessioni musicali individualizzate sui livelli di agitazione, stato emotivo, cognitivo e gravità della demenza in un campione di pazienti affetti da demenza grave istituzionalizzati. I risultati suggeriscono che MSSE potrebbe avere degli effetti migliori sui sintomi di ansia e gravità della demenza rispetto a sessioni di musica individualizzate. Per quanto riguarda l'agitazione, c'è stato un miglioramento simile in entrambe i gruppi con nessuna differenza significativa tra i due. Questo risultato indica che entrambi i tipi di trattamento possono essere appropriati per ridurre l'agitazione nelle persone con demenza avanzata.

L'articolo scientifico di Milev, R. V., et al. 2008 è stato eseguito per notare gli effetti della Stimolazione Multi-Sensoriale (MSS) sugli anziani affetti da demenza a dipendenza del ricevimento o meno del trattamento come pure del numero di sedute settimanali. Dai risultati emerge una tendenza al miglioramento a partire dall'ottava settimana di trattamento, nonché relativa all'aumento della frequenza settimanale e le conclusioni dell'articolo sono che, l'MSS può essere un'utile aggiunta alla cura di pazienti anziani affetti da demenza.

Nell'articolo di Maseda, A., et al. 2014 l'obiettivo principale era valutare l'efficacia a lungo termine del MSSE riguardo al comportamento, all'umore, funzioni cognitive e funzionali nelle AVQ di pazienti anziani istituzionalizzati con demenza. Inoltre, anche questo articolo tratta il tema delicato del "fattore economico in quanto risorse come la manodopera e i costi di costituzione di un MSSE non possono essere giustificati senza prova di efficacia. Diversi miglioramenti con significatività statistica si sono dimostrati riguardo all'aggressività fisica, all'agitazione nel gruppo MSSE rispetto al gruppo attività senza però differenze statisticamente significative con i gruppi di controllo. Un'ipotesi possibile che sorge da questo studio è con il progredire della patologia le persone traggono maggior beneficio da MSSE piuttosto che da un'attività one-to-one che richiede più abilità cognitive. Pertanto, ci invita nel futuro a condurre studi specifici con persone in stadi avanzati di demenza per confermare tale ipotesi.

I risultati globali degli articoli da me presi in considerazione non soddisfano a pieno i miei obiettivi di tesi, in quanto solo due degli articoli da me trovati ed analizzati si esprimono specificatamente sull'uso del metodo Snoezelen con persone affette da Alzheimer mentre gli altri specificano solo si tratti di "demenza". Inoltre, da tutti gli articoli figura come siano necessari ulteriori studi con campionari più grandi e periodi di sottoposizione al trattamento più lunghi. Un altro obiettivo non molto trattato è il ruolo dell'ergoterapista in quanto in sette articoli su otto non viene specificata la formazione di base dello specialista che sottopone le persone al metodo ma viene fatto riferimento solo alle consecuzioni di formazione nel metodo/approccio Snoezelen.

5.3 Riflessione sulla pertinenza ergoterapica degli articoli trovati:

Nonostante nella letteratura presente sul metodo Snoezelen e sul fatto che sia stato creato da un ergoterapista ed un insegnante di musica negli articoli che ho trovato non compariva quasi mai (solo un articolo lo esplicitava) la figura dell'ergoterapista. Dopo molti libri presi in considerazione, nel quale il focus era la qualità di vita, le AVQ, il benessere olistico della persona (...) negli articoli da me trovati non emerge come queste tematiche importanti siano trattate da una figura professionale specifica fuorché personale qualificato a tale (es. operatori del metodo Snoezelen). Questo mi comporta un'importante riflessione sul perché il ruolo dell'ergoterapista, sebbene sia in crescita, non sia ancora visto come di fondamentale importanza nel trattamento di persone anziane istituzionalizzate. Una delle principali ipotesi di questa "lacuna" potrebbe essere determinata dal fatto che, a differenza di altri ambiti come la chirurgia della mano, il ridotto numero di persone inserite nel settore e le ridotte evidenze scientifiche in merito facciano sì che gli ergoterapisti non si siano ancora davvero affermati nel trattamento di malattie degenerative-progressive geriatriche. Un'altra ipotesi possibile è che, dato l'elevato costo di alcuni trattamenti, la società non sia ancora arrivata ad un punto decisionale di consapevolezza di trattamento. Per questo motivo è molto importante proseguire con la ricerca in ambito scientifico per garantire alle persone non solo il trattamento più idoneo ma un processo di cure e di mantenimento eticamente corretto senza limiti determinati da oneri sociali.

5.4 Limiti riscontrati:

Il principale limite riscontrato è stato la scarsità di ricerca primaria disponibile idonea alla mia domanda e ai miei obiettivi / criteri di ricerca per evidenziare il metodo Snoezelen come trattamento ergoterapico per persone istituzionalizzate affette da Alzheimer e sintomi cognitivo-comportamentali. Un altro limite, come già dichiarato, è stato dato dalla domanda di ricerca molto specifica, ma, dato che questo è uno spunto a favore per proseguire le ricerche effettuando nuovi studi non volevo modificarla.

5.5 Possibilità di estensione del lavoro di tesi:

Nonostante si allontani un poco dalla mia domanda di Tesi attuale, sarebbe molto interessante approfondire il metodo Snoezelen come trattamento ergoterapico presso i centri presenti sul territorio Ticinese raccogliendo dati di tipo quantitativo e qualitativo da parte dei caregivers e dal personale curante. Come pure effettuare un'analisi sull'eventuale introduzione del trattamento Snoezelen ancora quando la persona si trova presso il domicilio e notare se quest'ultimo ha un'influenza positiva rispetto all'istituzionalizzazione precoce e sul carico emotivo del curante. Inoltre, questo lavoro dà la possibilità ad altri ergoterapisti di approfondire maggiormente l'argomento ed eventualmente introdurre la Snoezelen Room ed il metodo nei rispettivi posti di lavoro, in particolar modo nelle case per anziani con reparti specializzati Alzheimer che sono ancora assolutamente prive di metodi di stimolazione multisensoriale. Un altro aspetto interessante da approfondire, a mio parere, potrebbe essere quello di uscire da un tipo di trattamento direttivo ad un tipo non direttivo per lasciare ed aumentare la piccola parte di autonomia rimasta alle persone istituzionalizzate come avviene durante il trattamento con il metodo Snoezelen.

6.0 Conclusioni ed implicazioni per la pratica professionale:

Questa revisione di letteratura mi permette solo in parte di rispondere alla domanda iniziale per i motivi esplicitati precedentemente, nonostante queste si stanno creando delle basi solide per portare avanti il lavoro di ricerca in questo ambito ed amplificare i tipi e i luoghi di trattamento sul territorio evidenziando inoltre il valore aggiunto di un trattamento eseguito da un ergoterapista. Sapendo che, nel mondo ad ora, la percentuale di persone affette da disturbi neurocognitivi (es. soprattutto Alzheimer) sta aumentando è importante se non quasi d'obbligo individuare i tipi di trattamento più idonei e che sottopongono la persona a meno controindicazioni possibili. Nonostante non ci sia una "medicina magica" che faccia sparire l'Alzheimer e i relativi sintomi cognitivo-comportamentali abbiamo, come terapisti, la possibilità di offrire alle persone affette da tale disturbo la cura più idonea e questo è un motivo sufficiente a continuare a lavorare per loro e con loro verso nuove strategie, studi e scoperte al fine di garantire una presa a carico ottimale e centrata sulla persona.

6.1 Conclusioni personali:

Questa interessantissima ricerca mi ha permesso di entrare più a fondo nel mondo geriatrico, in particolar modo nella malattia di Alzheimer e nei relativi trattamenti, nonché la ricerca nella letteratura mi ha dato la possibilità di comprendere quanto il nostro ruolo di ergoterapisti è ancora da affermare nel trattamento di persone anziane affette da Alzheimer (...) con il metodo Snoezelen e mi ha indirizzato ancora di più verso la voglia di continuare ad esplorare questo settore.

Questo lavoro inoltre mi ha permesso ancora una volta di comprendere a pieno il significato della qualità di vita, della qualità dei rapporti inter ed intra personali e della dignità da dover conferire ad ogni persona indipendentemente dallo stato di salute o malattia. Oltre a questo però mi ha fatto anche comprendere come purtroppo alcune società/istituzioni non siano disposte ad eventuali oneri economici sennonché di fronte ad evidenze scientifiche certe.

6.2 Autocritica:

Ho due principali autocritiche importanti che però mi hanno permesso di crescere e di riorganizzare il mio modo di studio e di lavoro, nonché in un qualche modo mi hanno preparato al mondo del lavoro. La prima è il fatto che “come il solito” sono arrivata molto in ritardo ad eseguire l’analisi critica degli articoli scientifici. La seconda è che, nonostante le premesse organizzative spesso e volentieri durante la stesura del lavoro ho dovuto eseguire il medesimo più volte perché nel disordine presente ho perso, buttato, fatto sparire per sempre, gli appunti presi disorganizzatamente a mano su un qualche post-it. Questo mi ha fatto perdere molto tempo ma mi ha anche dato la possibilità di creare schemi mentali e fisici organizzativi per ottimizzare la mia metodologia di studio e di logistica.

6.3 Ringraziamenti:

Vorrei ringraziare la mia *grande famiglia* che mi è stata vicina, mi ha sostenuta, confortata ed incoraggiata a non mollare mai e a crederci, in special modo la mia Nonna Su perché senza di lei non ce l’avrei mai fatta, Ruben che in questi lunghi anni non mi ha mai “lasciata cadere” e Joel, compagno fedele di questo bellissimo viaggio.

Un altro grande ringraziamento va alla mia Direttrice di Tesi e docente Marianna Fasani per la grande professionalità dimostrata e per avermi accompagnato, aiutato e supportato a livello tecnico ed emotivo nella stesura di questo lavoro.

E infine a tutti i responsabili di stage e colleghi incontrati nei relativi momenti di pratica, e nelle formazioni precedenti, che mi hanno insegnato molto e mi hanno sempre accudita al meglio.

7.0 Bibliografia:

7.1 Articoli scientifici:

Albanese, E. (2016): *Is dementia prevalence rising or declining? Relazione al Simposio sulla demenza 2020 – Le sfide di oggi e di domani*, Berna.

American Occupational Therapy Association. (2014). *Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.)*. American Journal of Occupational Therapy, Suppl.1

Balamurugan, K., Murugan, N. A., Långström, B., Nordberg, A., & Ågren, H. (2017). *Effect of Alzheimer Familial Chromosomal Mutations on the Amyloid Fibril Interaction with Different PET Tracers-Insight from Molecular Modeling Studies*. ACS Chemical Neuroscience. <https://doi.org/10.1021/acschemneuro.7b00215>

Chung, J. C., & Lai, C. K. (2002). *Snoezelen for dementia*. In The Cochrane Collaboration (A c. Di), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003152>

Drouin, E. et al. (2017) *The first report of Alzheimer's disease*. The Lancet Neurology, Volume 16 , Issue 9, 687, Elsevier Ltd.

Enns, E., Rhemtulla, R., Ewa, V., Fruetel, K., & Holroyd-Leduc, J. M. (2014). *A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults*. Journal of the American Geriatrics Society, 62(3), 541–545. <https://doi.org/10.1111/jgs.12710>

Hofmann, A et al. (1991): *The Prevalence of Dementia in Europe*. International Journal of Epidemiology, 20(3), p. 736-748.

Huang, X., Lin, J., Demner-Fushman, (2006) *Evaluation of PICO as a Knowledge representation for clinical question*, AMIA, annual symposium proceedings, 2006, 359

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., (2007), *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*, Newbury Park CA: Sage

Kaplan, H., Clopton, M., Kaplan, M., Messbauer, L., & Mcpherson, K. (2006). *Snoezelen multi-sensory environments: Task engagement and generalization*. Research in Developmental Disabilities, 27(4), 443–455. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.05.007>

Padilla, R. (2011). *Effectiveness of Environment-Based Interventions for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias*. American Journal of Occupational Therapy, 65(5), 514–522. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.002600>

Polatajko, Helene J., et al. "Meeting the responsibility that comes with the privilege: introducing a taxonomic code for understanding occupation/Assumer la responsabilite qui vient avec le privilege: introduction d'un code taxonomique pour comprendre l'occupation." *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 71, no. 5, 2004, p. 261 . Reprinted by kind permission of CAOT Publications ACE.

Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J., and Crook, T. (1982). *The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia*. American Journal of Psychiatry, 1982, 139: 1136-1139

Staal, J. A., Amanda, S., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H., & Kofman, E. S. (2007). *The Effects of Snoezelen (Multi-Sensory Behavior Therapy) and Psychiatric Care on Agitation, Apathy, and Activities of Daily Living in Dementia Patients on a Short Term Geriatric Psychiatric Inpatient Unit*. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 37(4), 357–370. <https://doi.org/10.2190/PM.37.4.a>

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. ., Molina, E. J., Sage, M., Brown, S., & Groeneweg, J. (2004). *Effects of Snoezelen room, Activities of Daily Living skills training, and Vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness*. Research in Developmental Disabilities, 25(3), 285–293. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2003.08.003>

Vellone, E., & Piredda, M. (2009). *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*. MILANO - ITA : McGraw-Hill.

Vitali, S. (2004). *La metodologia Gentle Care*. Giornale di gerontologia, 52, 412–417.

Williams, M.S., and Shellenberger, S. (1994). *How does your engine run?* Albuquerque NM USA: Therapy Works.

7.2 Banche dati consultate ad oggi:

Cochrane Library
PubMed
Medline (ProQuest)

7.3 Libri di testo:

American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, traduzione italiano Raffaello Cortina, Milano (2014)

Berbigier Eschauzier, L. (2012). *Snoezelen la maladie l'Alzheimer & communication dynamique non directive*. Pétrarque Santé de proximité, Ris Orangis

Fowler, S. (2008). *Multisensory rooms and environments: controlled sensory experiences for people with profound and multiple disabilities*. London ; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Quentin, O. Godderidge, B. D'Arfeuille P. (2010). *Snoezelen "un monde de sens"* Pétrarque Santé de proximité, Ris Orangis

7.4 Sitografia

Alzheimer Disease's International <https://www.alz.co.uk/info/alzheimers-disease> (01/06/2017, h 09:30)

Alzheimer's Society United Kingdom <https://www.alzheimers.org.uk> (01.06.2017)

Alzheimer Svizzera (2018), Malati di demenza in Svizzera: cifre e previsioni disponibile da www.alz.ch (29/07/2017, h 11:00)

Berrino Franco (2015): l'Alzheimer. 8x1000 a sostegno della salute <https://www.youtube.com/watch?v=i17mQMTnmjs> (14.07.2018, h 13:30)

Centro Sfera Bianca. <http://centrosferabianca.com/per-i-terapisti/> (29/07/2017, h 09:00)

Dementia Australia National. <https://www.dementia.org.au/> (29/07/2017, h 10:45)

International Snoezelen Association. <https://snoezelen-professional.com/en/> (02/08/017, h 09:00)

Memo-info. Ch <https://www.memo-info.ch/it/demenza-vita-quotidiana/> (02/08/2017, h 10:00)

Snoezelen. *Multi-sensory Environments*. <http://www.snoezelen.info/who-can-benefit/snoezelen-for-occupational-therapists/> (08/08/2017, h 17:00)

World Health Organization. International statistical classification of disease and health related problems. ICD-10. Ginevra 2007. <http://www.who.int/classifications/icd/en> (10/11/2017 h. 15:30)

World Wide Snoezelen. <http://www.worldwidesnoezelen.nl/en/authors-and-publishers/item/149-ad-verheul-english> (14.11.2017 h 17:00)

The story of Auguste Deter, <http://www.ascseniorcare.com/story-auguste-deter/> (01.04.2018, h 15:30)

L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti della tesi di laurea.

LT approvato in data:

.....

Direttrice di tesi: Marianna Fasani

.....

Esperta esterna: Sofia Santori Bassi

.....