Applicabilità del metodo Montessori ai pazienti dementi moderatamente gravi per ridurre l'aggressività

Studio qualitativo

Elena Pizzi, tutor professionale e docente presso il corso di laurea in infermieristica sede di Orbassano AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano

Barbara Bruno, infermiera presso SCDU Medicina interna AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano

Abstract: *Introduzione.* La demenza è una malattia cronica irreversibile ed è definita come un declino della capacità cognitiva, caratterizzata da sintomi comportamentali e psicologici, e per ridurre tali comportamenti vengono utilizzati metodi farmacologici e non-farmacologici, tra cui il metodo Montessori applicato agli anziani. L'obiettivo di tale studio è stato verificare l'applicabilità del metodo Montessori nel reparto di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) San Luigi Gonzaga di Orbassano, provincia di Torino. *Materiali e metodi.* È stato condotto uno studio qualitativo con il metodo fenomenologico attraverso delle interviste semi-strutturate al personale sanitario del reparto di Geriatria dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano in provincia di Torino e dell'Ospedale degli Infermi di Ponderano in provincia di Biella. *Risultati.* Sono state intervistate 6 persone. Tutti lavorano a contatto con le persone con demenza e ciascuno ha raccontato la propria esperienza e il proprio pensiero. Dalle interviste sono state identificate 7 tematiche: Presenza in reparto di pazienti con demenza; Tipi di trattamento utilizzati per ridurre l'aggressività; Esempi di trattamenti non-farmacologici utilizzati; Conoscenza del metodo Montessori applicato agli anziani; Volontà di applicare tale metodo nel proprio luogo di lavoro; Volontà di approfondire la tematica; Limiti ed ostacoli all'applicabilità di tale metodo. *Conclusione.* Il metodo Montessori applicato agli anziani migliora i sintomi comportamentali e psicologici, riducendo l'aggressività. Tale metodo necessita di una formazione, di un ambiente preparato con materiali appositi e di un approccio multiprofessionale.

Parole chiave: demenza, Alzheimer, metodo Montessori, Montessori, assistenza centrata sulla persona.

Abstract: *Introduction.* Dementia is a chronic, irreversible disease and is defined as a decline in cognitive ability, characterized by behavioral and psychological symptoms, and pharmacological and non-pharmacological methods are used to reduce these behaviors, including the Montessori method applied to the elderly. *Object.* The objective of this study was to verify the applicability of the Montessori method in the Geriatrics department of the San Luigi Gonzaga University Hospital (AOU) in Orbassano, province of Turin. *Materials and Methods.* A qualitative study was conducted with the phenomenological method through semi-structured interviews with healthcare personnel of the Geriatrics department of the AOU San Luigi Gonzaga of Orbassano in the province of Turin and the Sick Hospital of Ponderano in the province of Biella. *Results.* 6 people were interviewed. They all work in contact with people with dementia and each spoke about their experience and thoughts. From the interviews, 7 themes were identified: Presence of patients with dementia in the ward; Types of treatment used to reduce aggression; Examples of non-pharmacological treatments used; Knowledge of the Montessori method applied to the elderly; Willingness to apply this method in your workplace; Willingness to delve deeper into the topic; Limits and obstacles to the applicability of this method. *Conclusion.* The Montessori method applied to the elderly improves behavioral and psychological symptoms, reducing aggression. This method requires training, an environment prepared with specific materials and a multi-professional approach.

Keywords: Dementia, Montessori Method, Person Centred Care.

La demenza è una malattia cronica irreversibile ed è definita come un declino della capacità cognitiva. Secondo i rapporti pubblici dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), ci sono circa 55 milioni di persone che soffrono di demenza, dato che tenderà ad aumentare fino a 132 milioni entro il 2050 (Ministero della Salute, 2012).

La demenza rappresenta la settima causa

di morte nel mondo e rappresenta una delle maggiori cause di disabilità, pertanto, è definita dall'OMS come una priorità mondiale di salute pubblica: in una società che invecchia, questo è allarmante.

Tale patologia colpisce la memoria, le capacità cognitive e il comportamento, interferendo in modo significativo con la capacità della persona di svolgere le attività di vita quo-

tidiana; di solito si presenta con sintomi comportamentali e psicologici. Inoltre, un comportamento comune nelle persone affette da demenza è l'agitazione, uno dei principali sintomi comportamentali persistenti e angoscianti, che colpisce circa la metà di tutte le persone con demenza, ed è associata ad una scarsa qualità di vita della persona stessa, dei caregiver e degli operatori assistenziali, poiché comporta una maggiore istituzionalizzazione e l'utilizzo di trattamenti farmacologici, con effetti indesiderati e conseguenze sul piano economico e organizzativo (Livingston *et al.*, 2014).

Per ridurre tale comportamento, favorendo l'utilizzo di trattamenti non-farmacologici e concentrandosi sulle abilità e capacità residue della persona, si è introdotto il metodo Montessori applicato agli anziani, che consente un approccio centrato sulla persona, ed è stato utilizzato la prima volta da Cameron J. Camp negli Stati Uniti nel 1990 e oggi è utilizzato in tutto il mondo, compresa l'Italia, anche se non ancora diffuso uniformemente in tutti i contesti e tra le regioni.

La demenza è definita come un deterioramento acquisito delle capacità cognitive che compromette il corretto svolgimento delle attività di vita quotidiana. La memoria episodica, la capacità di ricordare eventi specifici nel tempo e nel luogo, è la funzione cognitiva più comunemente persa, ma oltre alla memoria, la demenza può erodere altre facoltà mentali, comprese le capacità di linguaggio, visualizzazione spaziale, prassi, calcolo, giudizio e risoluzione dei problemi (Seeley, 2022)

Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno è di dimensioni allarmanti. Si prevede che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica. Il sesso femminile rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer, la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%).

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita dall'OMS e da Alzheimer Disease International (ADI) una priorità mondiale di salute pubblica.

Secondo i dati dell'OMS la malattia di Alzheimer e le altre demenze rappresentano la settima causa di morte nel mondo. Inoltre, la demenza ha implicazioni sociali ed economiche significative in termini di costi di assisten-

za medica e sociale, ma anche costi di assistenza informale. L'OMS afferma che nel 2019, il costo totale a livello mondiale stimato della demenza è stato di 1,3 trilioni di dollari e si prevede che questi costi superino i 2,8 trilioni di dollari entro il 2030 poiché aumenteranno sia il numero di persone affette da demenza sia i costi di assistenza (WHO, 2022).

Il Piano nazionale demenze (PND) è un importante documento di sanità pubblica che fornisce indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore delle demenze (Istituto Superiore di Sanità, 2021). Per rendere omogenei gli interventi sul territorio nazionale, il PND è strutturato con quattro obiettivi principali:

- obiettivo 1. Interventi e misure di politica sanitaria e sociosanitaria;
- obiettivo 2. Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata;
- obiettivo 3. Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure;
- obiettivo 4. Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita

I trattamenti disponibili, secondo l'OMS, per curare la demenza attualmente non esistono. Vi sono dei farmaci anti-demenza e terapie che modificano la malattia, ma hanno un'efficacia limitata e sono principalmente etichettati per la malattia di Alzheimer, sebbene siano in corso numerosi studi clinici per nuovi trattamenti.

Molti interventi possono essere offerti per sostenere e migliorare la vita delle persone con demenza, dei loro caregiver e delle loro famiglie.

Gli obiettivi principali per la cura della demenza sono:

1. diagnosi precoce al fine di promuovere una gestione precoce e ottimale;
2. ottimizzare la salute fisica, la cognizione, l'attività e il benessere;
3. identificare e trattare la malattia fisica che l'accompagna;
4. comprendere e gestire i cambiamenti comportamentali;
5. fornire informazioni e sostegno a lungo termine ai caregiver.

Gli interventi possono essere di tipo farmacologico e non-farmacologico. Essi vengono utilizzati per gestire i BPSD e garantire un'adeguata qualità di vita; in particolare i primi vengono utilizzati per alleviare il dolore e il disagio, i disturbi del sonno e altre complicazioni mediche, mentre quelli non-farmacologici vengono utilizzati per affrontare una serie di esigenze, tra cui l'inclusione e le interazioni sociali (Livingston *et al.*, 2014).

Il trattamento di tipo farmacologico prevede l'utilizzo di diverse classi di farmaci, come: antipsicotici, antidepressivi, inibitori dell'acetilcolinesterasi e analgesici; i quali hanno ridotti ma significativi effetti positivi sui BPSD in alcuni pazienti. Tuttavia, tali farmaci hanno gravi effetti collaterali e possono portare anche alla morte, ad esempio gli antipsicotici possono causare: sintomi extrapiramidali, sedazione, discinesia tardiva, disturbi dell'andatura, cadute, effetti collaterali anticolinergici, eventi cerebrovascolari e aumento della mortalità (Franchi, 2016). Infatti, secondo le linee guida dell'ISS, essi devono essere utilizzati solo se i pazienti sono a rischio di danneggiare sé stessi o gli altri, oppure sperimentano agitazione, allucinazioni o deliri che provocano un grave disagio (Cartabellotta *et al.*, 2018).

Gli approcci non farmacologici, invece, svolgono un ruolo importante nella gestione dei BPSD, grazie al minor numero dei rischi associati (Cloak *et al.*, 2022) e, inoltre, sono indicati come trattamenti di prima linea (Tampi, 2022).

Le linee guida sulla demenza del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'ISS, nella parte relativa agli interventi sanitari finalizzati alla promozione delle funzioni cognitive, dell'indipendenza e del benessere, suggeriscono di raccomandare a tutti i pazienti affetti da demenza: attività finalizzate al loro benessere e adattate alle preferenze individuali; terapia di stimolazione cognitiva di gruppo; terapia di reminiscenza di gruppo; riabilitazione cognitiva o terapia occupazionale per supportare l'abilità funzionale (NICE, 2018).

La riabilitazione è raccomandata nella cura della demenza a livello internazionale, sia come intervento sia come filosofia di vita. In una sintesi narrativa del 2019 si affronta il tema della riabilitazione centrata sulla persona con demenza, perciò su formulazioni individuali e non su un approccio unico per tutti, riconoscendo le esperienze soggettive, i valori, le motivazioni, i punti di forza e le esigenze

di ciascun individuo. Riferendosi, pertanto, ai principi fondamentali nella cura delle demenze come delineato da Kitwood (Thuesen, 2021).

Tom Kitwood, tra i maggiori teorici della conservazione della dignità e della personalità nel paziente affetto da demenza (Corvello *et al.*, 2022), ha elaborato nel 1997 il modello di approccio psicosociale *Person-Centred Care* (PCC), assistenza centrata sulla persona. Essa viene raccomandata anche dalle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), affermando che i principi dell'assistenza centrata sulla persona sono alla base delle buone pratiche nella cura della demenza, poiché evidenzia il valore umano delle persone che vivono con demenza (indipendentemente dall'età o dal deterioramento cognitivo) e delle loro famiglie e caregiver, l'individualità delle persone e come la loro personalità e le loro esperienze di vita influenzino la loro risposta alla demenza, l'importanza della prospettiva della persona, delle relazioni e delle interazioni con gli altri e il loro potenziale per promuovere il benessere.

Il modello citato, secondo Kitwood, è formato da cinque bisogni psicologici e sono basati su osservazioni cliniche per stabilire i principali punti focali per l'intervento (Kaufmann *et al.*, 2014).

Il primo è il bisogno di comfort: sentirsi "completamente forti", consentendo così a una persona di rimanere tutta d'un pezzo quando rischia di cadere a pezzi.

Dallo studio emerge che i partecipanti trovano conforto in particolare in otto componenti: nel piacere, che fornisce loro relax e benessere; nell'interazione con un'altra persona; nell'attività, come ad esempio una passeggiata; nel ritiro, nel voler stare da soli con loro stessi; nei rituali spirituali; nell'altruismo o nel confronto temporale o sociale.

Il secondo bisogno è la necessità di attaccamento: «crea una sorta di rete di sicurezza [...] quando il mondo è pieno di incertezza», sostenendo la capacità di funzionare.

Dallo studio emergono quattro componenti: agli individui, agli animali, ai compiti, come ad esempio pulire, ed infine agli elementi di ancoraggio, oggetti che suscitano in loro sentimenti.

Il terzo bisogno è quello di inclusione quando gli individui con demenza si sentono accettati nel loro ambiente sociale, possono partecipare alla vita e sentirsi necessari, re-

stringendo così la definizione alla partecipazione sociale e strumentale.

Dallo studio emerge che inclusione significa: "far parte di una comunità", questo bisogno è soddisfatto quando un individuo con demenza ha un sentimento di riconoscimento, si sente accettato e uguale, e viene accolto con comprensione.

Il quarto bisogno è quello di occupazione, il quale è definito dai sentimenti di profonda soddisfazione e autostima. «Essere occupati significa essere coinvolti nel processo della vita in un modo che è personalmente significativo, sia che si tratti di azione, riflessione o rilassamento».

I ricercatori dello studio suddividono questo bisogno in otto componenti: ozio, vale a dire il tempo libero e il non fare nulla che costituiscono una forma di occupazione; esercizio; lavoro; conversazione; leggere ed ascoltare la radio; partecipazione, cioè partecipazione alle offerte presso l'unità di cura; infine, il riposo.

L'ultimo bisogno è quello di identità o appartenenza: «implica il mantenimento di un senso di continuità con il passato e una sorta di coerenza nella vita presente».

L'analisi dei dati ha rivelato quattro componenti: mantenimento dei ruoli, significa sentirsi approvati nei ruoli svolti nella vita quotidiana, come i ruoli occupazionali e familiari; riconoscimento, cioè l'accettazione dei loro sentimenti e della loro umanità; continuità dello stile di vita, la valutazione soggettiva che le condizioni di vita, i ritmi di vita e le abitudini non sono quasi cambiati; sentirsi in salute.

Le citazioni raccolte dallo studio indicano che il bisogno di identità è soddisfatto quando l'intervistato sperimenta soggettivamente la salute mentale e fisica in aree personalmente importanti.

Maria Montessori teorizzò e diffuse in tutto il mondo, più che un metodo didattico, una filosofia di vita, un nuovo sguardo verso l'infanzia e, più in generale, verso la fragilità. Montessori guardò al bambino come a un essere vivo, dotato di libero pensiero e libera azione da tutelare, proteggere e guidare più che da costruire. Si concentrò così sull'ambiente fisico (mobili, arredo, materiali) e sull'ambiente relazionale (comunicazione non violenta, empatia, pazienza e umiltà), guidando gli educatori nel lavoro di progettazione e conduzione di attività educative centrate sulla persona (Perino, 2022).

Il metodo consiste essenzialmente nell'esercizio e nel miglioramento del proprio li-

bero arbitrio, le cui espressioni fondamentali sono la concentrazione e il lavoro (Frierson, 2021).

Le parole chiave del pensiero di Maria Montessori individuate dalla pedagogista montessoriana Annalisa Perino nel libro *Il metodo Montessori e gli anziani fragili* sono:

- il potere dell'osservazione. Osservare serve a comprendere e a mettere a fuoco le situazioni, le persone e i loro bisogni. Tale consapevolezza può dare adito a un'azione puntuale, significativa ed efficace. Montessori avviò la sua indagine proprio a partire dal sistema dell'osservazione, guardare un bambino libero di agire in un ambiente, prendere iniziative, utilizzare ciò che ha a disposizione, scegliere, sbagliare, correggersi, senza tempi prestabiliti, indicazioni o divieti. Ciò consente all'osservatore di raccogliere importanti informazioni circa la natura, i bisogni, le competenze, le inabilità o le paure di chi agisce. L'osservazione diventa così lo strumento di lavoro, di ricerca e modalità con la quale interrogarsi. Solo osservando come esterni, senza essere quindi impegnati in un'attività, si possono cogliere dettagli e particolari che altrimenti potrebbero sfuggire;
- la pazienza e l'umiltà. L'educatore non deve chiedere alla persona di adattarsi all'ambiente ma deve indurlo a mettere in discussione con umiltà il proprio operato e a generare un miglioramento. L'educatore, inoltre, deve saper rispettare i tempi altrui, spesso diversi da quelli che ci si immagina. Anche un materiale, la scelta di un arredo o di una logistica possono necessitare di tempo per essere interiorizzati, compresi e vissuti. Pazienza e umiltà furono gli unici due caratteri che Montessori chiese alle sue educatrici di sviluppare, perché da tali sentimenti era convinta potesse nascere un intervento educativo efficace. È chiaro che l'educatore deve essere aperto alla vita e a un continuo processo di evoluzione personale; se invece si mostra come una persona rigida, costruirà un ambiente statico, che non tiene conto del movimento personale di ciascun ospite di quell'ambiente educativo;

- la personalizzazione e l'individualizzazione. La proposta educativa montessoriana deve essere dotata di una certa elasticità per poter arrivare a tutti. Ciascuna attività, modalità di apprendimento, stile comunicativo, stanza, materiale o rituale possono essere interpretati e vissuti in un modo unico dalle persone che vi entrano in contatto. Ciò che può annoiare una persona può interessare e soddisfare un'altra, ciò che può spaventare qualcuno non è detto sia spaventoso per l'intero gruppo. Per questo motivo l'offerta educativa deve sapersi modellare e adattare a ciascuno per risultare ottimale per tutti. La plasticità degli orari, degli ambienti, delle attività e dei linguaggi dovrebbe essere vissuta come una risorsa e non come una difficoltà, in quanto è il segreto per il successo educativo. Perché tale principio possa essere rispettato è fondamentale che non esistano tempi rigidi di lavoro, di riposo o di svago, ma che ciascuno sia libero di dedicare il tempo che desidera all'attività che in quel momento desidera svolgere;
- il potere dell'ordine. A un soggetto fragile, sia egli un bambino o un anziano, l'ordine circostante può offrire stabilità, conforto, orientamento e, quindi, serenità. Spesso comportamenti inappropriati, sofferenza, disagio, inquietudine nascono da un carente senso di orientamento: spaziale, temporale, emotivo, relazionale. Per evitare tali manifestazioni di malessere, una delle prime operazioni da svolgere è quella di organizzare gli avvenimenti, l'ambiente e la relazione con ordine. L'ordine favorisce il benessere, che è lo stato d'animo necessario per apprendere e progredire nel proprio percorso di vita. Se il bambino e l'anziano sono consapevoli di ciò che sta per accadere, di dove si trovano i materiali e di chi è con loro, vivranno le proprie esperienze con maggiore rilassatezza e buona predisposizione. Se, al contrario, non hanno la possibilità di abbassare la soglia di attenzione perché vivono in un ambiente che si muove in modo inaspettato (cambio repentino di spazi, oggetti, relazioni, regole, orari), l'irrequietezza potrebbe generare ansia e immobilità, dipendenza dagli educatori e diffidenza. La micro-routine di ciascuno condivide con gli altri una macro-routine che dovrà mostrarsi semplice e stabile. Orari di ingresso e di uscita, turni degli operatori, momenti comuni come il pranzo, spazi e materiali devono essere ben comunicati e stabili, per garantire a ognuno di organizzarsi serenamente nell'attività personale. Per consentire ciò, l'équipe di lavoro necessita di coordinamento, coesione, unione e condivisione di spazi, materiali, stili comunicativi e relazionali per muoversi nell'ambiente in modo ordinato e coerente;
- l'interesse e l'attenzione. L'interesse genera l'azione e, attraverso l'agire libero e spontaneo, le persone possono dare risposte ai loro bisogni. Per questo è necessario che esse percepiscano l'ambiente all'interno del quale si trovano come stimolante, rassicurante e interessante. Ciò che interessa genera attenzione e concentrazione, ma se gli spazi educativi (per i bambini come per la terza età) sono organizzati sulla base degli interessi del personale, degli educatori e non degli ospiti, sarà più difficile innamorarsi dell'ambiente e trovare il proprio spazio e la propria ragione d'essere. Montessori sosteneva che la libertà di movimento, di azione e di scelta, permette al bambino di dirigere il suo agire sulla base dei suoi interessi e della sua attenzione. Inoltre, riteneva che nessuno può essere libero se non è autonomo; perciò, le prime manifestazioni attive della libertà individuale del bambino devono essere guidate, in modo che egli possa arrivare all'indipendenza. Il supporto che l'educatore offre al bambino per condurlo sulla strada dell'indipendenza deve ridursi al maturare del suo livello di autonomia. L'attività, pensata principalmente come individuale, favorirà spontaneamente l'attenzione e la concentrazione perché la si sarà scelta spontaneamente, ci si potrà dedicare ad essa con il proprio ritmo di lavoro e senza doversi preoccupare del confronto e della competizione;
- il materiale di lavoro. I materiali, progettati e allestiti sulla base della pe-

dagogia Montessoriana, con i quali i bambini possono lavorare nell'ambiente, devono avere determinate caratteristiche. I materiali devono essere a vista, poiché ciò che si vede si può scegliere, prendere, trasportare e usare in autonomia per il tempo che si desidera; auto-correttivo, poiché l'autocorrettività è una caratteristica tipica del materiale montessoriano e garantisce al bambino la possibilità di correggere eventuali errori in modo autonomo, senza dover dipendere da un giudizio esterno; in unica copia, poiché ogni lavoro ha una sua identità precisa, una propria scheda tecnica di riferimento, una sua collocazione nello spazio e, quando impegnato, sarà non disponibile.

Il metodo Montessori applicato agli anziani

Il primo ad occuparsi del metodo Montessori applicato agli anziani con demenza è stato lo psicologo statunitense Cameron J. Camp che, in un articolo autobiografico, spiega come avvenne l'evoluzione dell'uso dei metodi educativi montessoriani come base per la creazione di interventi per le persone con demenza. Lo psicologo conobbe tale metodo grazie ai suoi due figli, i quali frequentarono la scuola montessoriana. Camp iniziò a lavorare in centri sanitari diurni per adulti, avviando interventi per persone con demenza. Nel frattempo, Camp divenne insegnante di "sviluppo del bambino" presso il centro di formazione Montessori di New Orleans. Tale esperienza lo portò, quindi, a vedere collegamenti tra l'approccio di Montessori e la traduzione di concetti nelle neuroscienze in interventi pratici per le persone con demenza. Camp, infatti, ha collegato i principi fondamentali dell'approccio Montessori, come: collegare movimento e cognizione, scelta, interessi, evitare ricompense estrinseche, apprendimento con e dai coetanei, apprendimento nel contesto, modi dell'insegnante e modi del bambino, ordine nell'ambiente e nella mente; con i bisogni di cura delle persone che vivono con demenza (Booth et al., 2020).

Nel 1990, l'approccio fu adottato in un centro per anziani negli Stati Uniti grazie alla sua sovrapposizione con le migliori pratiche nella cura della demenza, come la personalizzazio-

ne di attività rilevanti per il contesto culturale e la facilitazione del successo rispetto al fallimento. Il metodo Montessori, infatti, enfatizza l'impegno e la connessione accanto all'ambiente sociale e fisico, fattori considerati cruciali per una buona qualità della vita, promuove il concetto di Kitwood, cioè considerare la persona nella sua interezza ed enfatizzare la comunicazione, la relazione al fine di promuovere e mantenere la propria personalità, ma promuove anche la convinzione nella continua capacità di apprendimento di una persona e la possibilità di miglioramenti nel funzionamento.

La programmazione del metodo Montessori si basa su principi e tecniche di riabilitazione, tra cui la ripartizione dei compiti, la fornitura di feedback immediato, la ripetizione guidata e il sequenziamento, nonché la proposta di attività significative per facilitare l'apprendimento e l'impegno.

I principi di tale metodo includono attività culturalmente rilevanti, l'utilizzo di materiali provenienti da ambienti familiari, l'enfasi sulla struttura e l'ordine, l'adattamento delle attività alle preferenze e agli interessi personali, l'enfasi sull'invito, sulla suddivisione dei compiti, sulla ripetizione guidata, fornendo spunti per comportamenti auto-correttivi e passando da compiti semplici a complessi e da concreti a compiti astratti. L'impegno e l'arricchimento significativi in "ambienti preparati", appositamente progettati per qualcuno con demenza, sono anche parte integrante del metodo Montessori. Esso promuove l'uso del movimento e dell'apprendimento motorio in attività mirate e significative, nonché l'utilizzo di strumenti familiari per praticare e facilitare la vita indipendente tra le persone con demenza. L'attenzione si concentra sulla massimizzazione delle capacità funzionali, emotive e cognitive dell'individuo per promuovere la realizzazione, l'arricchimento e il benessere migliorato.

I metodi educativi Montessori, quindi, sono stati applicati per la prima volta alla cura della demenza come base per la creazione di interventi come modo per fornire struttura e ordine nell'ambiente di cura. Sono stati applicati come interventi non-farmacologici per le persone con demenza su base individuale e di gruppo, con evidenza di risultati positivi per l'impegno costruttivo (cioè l'interazione diretta tra la persona con demenza e un'attività target), riduzione dell'agitazione e dell'uso

di farmaci e miglioramenti nell'affetto e nella qualità della vita.

I modelli di cura Montessori consentono un approccio più centrato sulla persona, ma non solo, poiché è basato anche sulle capacità, gli interessi e i bisogni olistici della persona stessa; vi è anche la progettazione di ambienti preparati che consentano la scelta, migliorino il funzionamento e forniscano attività mirate e un coinvolgimento significativo.

Uno studio qualitativo svolto nel Regno Unito ha evidenziato come il metodo Montessori abbia un approccio multiprofessionale, con una fusione di diverse figure professionali necessarie per implementarlo efficacemente. Ciò includeva logopedia, psicologia, infermieristica, terapia occupazionale e istruzione. È emerso che alcuni dei principi alla base del metodo si sovrapponevano alla centralità della persona, come il PCC di Kitwood, e includevano attività di adattamento agli interessi personali, alle preferenze e al background, incorporando le attività nello specifico contesto culturale dell'individuo e le nozioni di vivere con scopo, dignità e rispetto. Inoltre, sono state identificate come fondamentali le pratiche relazionali e comunicative come l'invito e la scelta dell'offerta, oltre a consentire l'indipendenza e a concentrarsi sui punti di forza e sulle capacità. Vi è un altro aspetto molto importante che è stato evidenziato dallo studio ed è "l'ambiente preparato": un ambiente o una stanza che includa elementi di suddivisione delle attività, ripetizione guidata, segnaletica e indicazione dell'individuo a compiti e attività, che consentono l'indipendenza e l'impegno senza errori (Raghuraman *et al.*, 2021).

Una ricerca osservazionale, invece, ha valutato i cambiamenti nell'esperienza dei pasti e nelle pratiche di cura delle persone con demenza di una struttura residenziale, in una unità di supporto alla memoria ospitata all'interno di un'organizzazione di assistenza agli anziani a Perth, nell'Australia occidentale, applicando interventi del metodo Montessori. Gli interventi comprendevano l'educazione del personale in un modello di assistenza basato sul metodo Montessori, la creazione di un ambiente più familiare e abilitante per i pasti, ad esempio attraverso l'uso di tovaglie e riducendo al minimo il rumore, e la riprogettazione delle politiche e delle procedure organizzative, ad esempio

attraverso la possibilità di scegliere tra due voci nel menù giornaliero, per migliorare le pratiche di cura dei pasti in linea con i principi montessoriani. Dallo studio è emerso che è importante promuovere (Van der Ploeg *et al.*, 2013):

1. la scelta attiva delle persone, renderli decisori attivi perché ciò attribuisce maggiore valore all'autonomia dei residenti, che è un contributo fondamentale alla qualità della vita e una componente centrale dell'assistenza ai pasti centrata sulla persona;
2. l'aspetto sociale dei pasti, poiché l'interazione sociale tra personale e residenti è aumentata costantemente e significativamente durante i pasti, con il numero raddoppiato di casi di operatori che partecipano, ascoltano e chiacchierano con i residenti;
3. l'indipendenza attraverso suggerimenti fisici, verbali o visivi, ciò ha permesso al personale di celebrare e promuovere l'occupazione e la personalità dei residenti attraverso il riconoscimento dei loro punti di forza e del loro contributo;
4. il rispetto nei confronti dei residenti durante l'assistenza ai pasti, si è nota un'atmosfera più positiva durante i pasti, un ambiente più familiare e un'esperienza più favorevole.

Uno studio cross-over randomizzato, condotto in Australia, ha valutato l'efficacia dell'interazione personalizzata one-to-one con le attività basate sul metodo Montessori sull'agitazione e sull'impegno nei residenti delle case di cura con demenza. I partecipanti della ricerca sono pazienti con demenza lieve, moderata e grave e i ricercatori hanno confrontato i livelli di agitazione, l'effetto e l'impegno, oltre ai sintomi comportamentali ad alta frequenza associati, che avvenivano prima, durante e dopo le attività personalizzate fornite in conformità con i principi Montessori e una condizione di controllo. Questo per dimostrare se il beneficio dei partecipanti derivava dall'interazione sociale indipendentemente dal suo contenuto e dalla modalità di consegna. Dallo studio è emerso che le attività Montessori e di controllo hanno portato ad una riduzione del 50% e del 42%, rispettivamente, dell'agitazione. Le attività Montessori hanno avuto più successo

della condizione di controllo nel generare un effetto positivo e coinvolgimento costruttivo, riducendo l'effetto neutro e l'impegno negativo. Inoltre, l'intervento Montessori si è dimostrato più efficace nel ridurre i livelli di agitazione.

In un altro studio si è evidenziato come il metodo Montessori, con un approccio centrato sulla persona, abbia portato ad una riduzione dei comportamenti come irrequietezza e comportamenti aggressivi, e ad una soddisfazione del lavoro del personale. Quest'ultimo è stato un risultato inaspettato, ciò si è verificato grazie alla percezione che il personale ha avuto, cioè che stesse facendo la differenza nella vita delle persone con demenza e, quindi, il loro lavoro avesse un significato, ma anche il non dover dedicare molto tempo alla gestione dei comportamenti considerati dirompenti. La soddisfazione del personale è stata riconosciuta come un fattore importante, che influenza la qualità del servizio e anche la qualità della vita degli anziani. Garantire alti livelli di soddisfazione del personale, infatti, è un modo per mantenere un impatto positivo sulla qualità del servizio offerto, che è fondamentale per le persone cognitivamente compromesse, incapaci di esprimere le proprie opinioni e vulnerabili a cure di scarsa qualità.

I limiti e gli ostacoli all'attuazione del metodo Montessori sono molti, in uno studio osservazionale sono emersi quattro temi opposti ai valori e ai principi Montessori di: rispetto, interdipendenza, interazione significativa e struttura. In particolare è emerso che le motivazioni sono state: mancanza di adesione e impegno, perché il personale spesso è oberato di lavoro e sottopagato; carenza di personale che può influire sull'attuazione di qualsiasi intervento ben intenzionato; la carenza di formazione rispetto al metodo Montessori (Janseen *et al.*, 2021).

Nello studio qualitativo svolto nel Regno Unito vi è stata la preoccupazione della mancanza di prove di ricerca, compresi i risultati e i benefici. I partecipanti allo studio hanno citato, inoltre, la mancanza di conoscenza, comprensione e prove, insieme alla paura dell'infantilizzazione percepita dei destinatari delle cure. In aggiunta i modelli di assistenza piramidali che enfatizzano la gerarchia del personale sono risultati ostacoli all'implementazione del metodo Montessori. I partecipanti allo studio hanno ritenuto che

questa cultura impedisca al personale non assistenziale di essere coinvolto nell'adozione del metodo nelle loro interazioni con i destinatari dell'assistenza, il che impedisce il cambiamento (Cartwright *et al.*, 2022). Il cambiamento culturale è stato identificato come una considerazione cruciale per l'implementazione ed è stato collegato alla responsabilizzazione degli assistenti e del personale non assistenziale ad adottare il metodo Montessori. Inoltre, i partecipanti hanno riferito che il personale potrebbe ottenere la fornitura che promuove l'indipendenza e l'impegno per la persona con demenza, ma ciò potrebbe poi essere associato a problemi di tempo e risorse limitate per implementare i nuovi approcci all'assistenza (Raghuraman *et al.*, 2021).

L'obiettivo di questa revisione è verificare l'applicabilità del metodo Montessori nel reparto di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) San Luigi Gonzaga di Orbassano, provincia di Torino.

Materiali e metodi

Disegno di studio

È stato condotto uno studio qualitativo con il metodo fenomenologico attraverso delle interviste semi-strutturate agli infermieri del reparto di Geriatria dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano in provincia di Torino e dell'Ospedale degli Infermi di Ponderano in provincia di Biella.

L'indagine si è svolta tra gli infermieri che si sono resi disponibili nel reparto di Geriatria dell'AOU San Luigi Gonzaga e nel reparto di Geriatria dell'Ospedale degli Infermi. Le informazioni dettagliate sui partecipanti sono presentate nella tabella 1.

Ogni intervista aveva una durata prevista di 10-15 minuti, senza tuttavia vincolare l'intervistato qualora il suo racconto si fosse dilungato.

Ciascuna intervista è stata registrata, dopo aver ottenuto il consenso verbale degli intervistati, ed è stato garantito l'anonimato di ciascun partecipante, associando ad ogni intervista un codice alfanumerico, composto da: P, persona e il numero progressivo delle interviste. La trascrizione dell'intervista è servita per la successiva analisi dei dati.

Tabella 1. Informazioni partecipanti.

ID anonimo	Ubicazione	Professione	Esperienza in reparto
P1	Geriatria San Luigi (TO)	Infermiere	4 anni
P2	Geriatria San Luigi (TO)	Infermiere	5 anni
P3	Geriatria San Luigi (TO)	Infermiere	4 anni
P4	Geriatria San Luigi (TO)	Coord. Infermieristico	< 1 anno
P5	Geriatria Ospedale degli Infermi (BI)	Coord. infermieristico	< 2 anni
P6	Geriatria San Luigi (TO)	Infermiere	5 anni

* minore.

Le interviste sono state condotte in un setting appropriato, tranquillo e silenzioso, in una stanza libera all'interno dei reparti, per cercare di garantire la privacy e mettere a proprio agio l'intervistato.

Le interviste in letteratura sono classificate in vari modi: non strutturate, semi-strutturate e strutturate. Per questo studio lo strumento utilizzato per la raccolta dati è stata l'intervista semi-strutturata, il quale è un metodo di raccolta dati popolare che si è dimostrato versatile e flessibile, poiché uno dei principali vantaggi è consentire la reciprocità tra l'intervistatore e il partecipante, consentendo così al ricercatore di improvvisare domande sulla base delle risposte dell'intervistato e lasciando spazio ad espressioni verbali individuali dei partecipanti (Kallio *et al.*, 2016).

È stata creata una traccia dell'intervista, seguendo il metodo PAMOR¹, composta da diverse fasi. Quella iniziale composta dalla presentazione del ricercatore, dell'argomento, dei principi e delle regole dell'intervista; dalla raccolta dati quantitativi in cui venivano richiesti all'intervistato dati come il ruolo professionale, il luogo di lavoro e gli anni continuativi di lavoro in quest'ultimo, riportati nella tabella 1; successivamente vi era il corpo dell'intervista formato da domande, alcune più generiche ed altre più specifiche, che servissero da guida nell'intervista. Le domande riguardavano: i trattamenti non farmacologici utilizzati con i pazienti con demenza, la conoscenza del metodo Montessori, il contesto di utilizzo, la conoscenza dell'applicabilità di tale metodo agli anziani con demenza, la volontà di approfondire

questa tematica e la volontà di applicare tale metodo.

Inoltre, si sono presi contatti con il direttore della Direzione delle professioni sanitarie dell'Ospedale degli Infermi di Biella per poter raccogliere dati, tramite osservazione, interviste e fotografie, in un contesto nel quale il metodo Montessori viene già utilizzato con anziani con demenza.

Le interviste sono state condotte da un unico ricercatore, audio-registrate e trascritte simultaneamente attraverso un'applicazione. Successivamente sono state analizzate attraverso il metodo Giorgi, un metodo di analisi fenomenologica.

La struttura è stata la seguente:

1. raccolta dei dati mediante intervista;
2. lettura dei dati;
3. suddivisione dei dati in base al significato attribuito;
4. elaborazione dei dati;
5. sintesi dei dati.

Le interviste, inizialmente, sono state lette interamente per cercare di avere una visione d'insieme dell'argomento, successivamente sono state scorse, sottolineando le argomentazioni più rilevanti e i temi più frequenti. Sono state lette una terza volta, ascoltando contemporaneamente l'audio-registrazione per evidenziare le emozioni, le pause e l'intonazione della voce, dopodiché agli argomenti riscontrati è stata associata una parola chiave ed è stato stilato un elenco con i vari temi da cui sono stati elaborati i risultati.

La raccolta dati è avvenuta dopo previo consenso informato verbale dell'intervistato. È stato loro spiegato come la ricercatrice avrebbe assicurato la privacy dei partecipanti, in quanto durante l'intervista non sono stati utilizzati

1. PAMOR rappresenta l'acronimo di Presentazione, Aspettative, Metodo, Obiettivi e Regole; il suo utilizzo permette di agevolare la relazione tra l'intervistatore e gli intervistati e di gettare le basi per il lavoro che si attuerà (Casula, 2003).

nomi e le trascrizioni sono state contrassegnate da un codice alfanumerico identificativo.

Per il consenso a raccogliere dati presso l'Ospedale degli Infermi di Biella, si è richiesta l'autorizzazione al direttore della Direzione delle professioni sanitarie, che ha rilasciato un documento firmato.

Risultati

Il campione totale era composto da 6 partecipanti, tutti di sesso femminile, 4 di questi erano infermieri e 2 coordinatori infermieristici. I luoghi di lavoro in cui i partecipanti esercitano la professione sono stati: Orbassano, in provincia di Torino e Ponderano in provincia di Biella. La loro esperienza nel reparto attuale di lavoro è stata per comodità suddivisa in maggiore o minore di 2 anni, tra cui 2 partecipanti avevano

un'esperienza minore di 2 anni e 4 avevano un'esperienza maggiore di 2 anni. Gli anni di esperienza complessiva lavorativa degli intervistati è compresa nel range 7-30 anni (tabella 2).

Sulla base delle interviste sono stati identificati i seguenti temi:

- presenza in reparto di pazienti con demenza;
- tipi di trattamento utilizzati per ridurre l'aggressività;
- esempi di trattamenti non farmacologici utilizzati;
- conoscenza del metodo Montessori applicato agli anziani;
- volontà di applicare il metodo Montessori nel proprio luogo di lavoro;
- volontà di approfondire la tematica;
- limiti ed ostacoli all'applicabilità del metodo.

Tabella 2. Caratteristiche del campione.

CARATTERISTICA	FREQUENZA
Genere	
Maschio	0
Femmina	6
Professione	
Infermiere	4
Coord. Infermieristico	2
Luogo di lavoro	
Orbassano (TO)	5
Ponderano (BI)	1
Anni di esperienza in reparto	
^f < 2 anni	2
^x > 2 anni	4
Anni di esperienza lavorativa	
Range (7-30) anni	
^f minore.	
^x maggiore.	

Discussione

Il presente studio ha avuto l'obiettivo di valutare la possibilità e la volontà di applicare il metodo Montessori nel reparto di Geriatria dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano.

Agli operatori sanitari è stato chiesto di rispondere ad una intervista semi-strutturata per valutare le tecniche utilizzate da ciascuno

di loro per trattare i BPSD, tra cui l'aggressività, dei pazienti con demenza, le loro conoscenze e considerazioni sul metodo Montessori applicato agli anziani con demenza, tenendo conto non solo del racconto dell'intervistato, ma anche delle emozioni e delle sue esperienze pregresse.

Le interviste hanno evidenziato che, lavorando in un reparto di geriatria, tutti sono a

contatto con persone affette da demenza, da lieve a grave, con BPSD quali ad esempio: deliri, confusione, allucinazioni, aggressione fisica e verbale, che in alcuni casi si acutizzano nel tardo pomeriggio, la sera o la notte, la cosiddetta "sindrome del tramonto".

Ognuno dei partecipanti tratta i BPSD in maniera differente, in base alla propria esperienza e al proprio approccio al paziente, più prettamente clinico, come cercare di capire se il paziente ha problemi di ritenzione urinaria, o semplicemente non sono soddisfatti i suoi bisogni primari, fame e sete, oppure attraverso un approccio di tipo relazionale, cercando di capire il motivo, tranquillizzando il paziente oppure lasciandolo da solo. Tutti, quindi, inizialmente cercano di utilizzare un trattamento non-farmacologico, anche attraverso la mobilitazione, come hanno affermato tutti gli intervistati, ad esempio posizionando il paziente sulla carrozzina in un luogo dove ci sono altre persone, per favorire il dialogo con altri pazienti o con il personale sanitario, oppure posizionandolo davanti ad un tavolo con fogli da disegno da colorare o semplicemente fogli bianchi in cui il paziente potesse scrivere liberamente. Invece, con il paziente autosufficiente, alcuni operatori sanitari hanno dichiarato di portare il paziente con loro durante le varie attività infermieristiche, rendendolo partecipe e facendogli lavare le arcelle, piegare le garze o preparare dei batuffoli di cotone.

Gli intervistati hanno dichiarato che queste attività diminuivano nettamente l'aggressività o i BPSD nei pazienti con demenza. Questo può trovare riferimento nel metodo Montessori, in quanto esso si basa sulle capacità, gli interessi della persona e i suoi bisogni olistici. Gli operatori sanitari, infatti, hanno messo in atto, inconsapevolmente, i principi fondamentali del metodo, personalizzando ogni attività proposta in base alla persona, le sue preferenze e le sue attitudini, in quanto ciò che può annoiare un individuo può interessare e soddisfarne un altro, generando nel paziente interesse, attenzione e concentrazione con materiali provenienti dal reparto stesso. In particolare, il metodo Montessori, si basa su valori relazionali, che possono essere riconducibili a tre concetti chiave: dignità, rispetto e uguaglianza. Rispetto ed uguaglianza della persona come individuo, con la propria storia, credenze, gusti, valori e patologia. Infine, il mantenimento della dignità umana come fondamento di tutte le azioni umane.

Inoltre, il metodo Montessori si basa su un approccio centrato della persona, come il modello di approccio PCC di Kitwood. Gli intervistati, con i loro comportamenti, hanno messo in risalto la comunicazione, l'individualità della persona, l'importanza della sua prospettiva e delle sue esigenze e, soprattutto, delle relazioni e delle interazioni con gli altri.

Tutte le persone intervistate conoscono il metodo Montessori, in particolare nel contesto dei bambini, mentre in quello degli anziani, alcuni non ne conoscevano l'esistenza ed altri ne avevano solo sentito parlare, ma non avevano approfondito la tematica. Dopo aver spiegato loro cosa si intendesse per metodo Montessori applicato agli anziani, aver parlato di Cameron Camp, descritto quali fossero i principi del metodo e, in alcuni casi, facendo loro degli esempi pratici, tutti hanno risposto che vorrebbero approfondire la tematica, anche attraverso corsi di formazione.

Dalle interviste, inoltre, è emerso che tutti gli intervistati dopo aver provato a trattare i BPSD con trattamenti non-farmacologici, se questi non funzionano o se non c'è abbastanza tempo o personale passano alla terapia al bisogno farmacologica. Diminuendo, così, l'autonomia, l'autodeterminazione, l'agency del paziente, e aumentando, di conseguenza, gli effetti collaterali e i costi associati alla cura del paziente.

Inoltre, da un'intervista, è emerso che nel reparto di Geriatria dell'AOU San Luigi Gonzaga si sta cercando di applicare il modello organizzativo *Primary Nursing* (PN); tale modello prevede che ad un infermiere venga affidata la responsabilità di un gruppo di pazienti dal ricovero alla dimissione, vale a dire per tutta la durata del loro ricovero, e ha come obiettivo quello di mettere al centro delle cure infermieristiche il paziente, garantendo la continuità delle cure, migliorando la qualità dell'assistenza e la professionalità infermieristica. Inoltre, il PN consente di sostenere il paziente non solo da un punto di vista assistenziale, ma anche da un punto di vista umano.

Questo modello viene promosso anche in un esposto: *Position Statement: l'assistenza infermieristica in area medica* dalla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), in collaborazione con l'Associazione Nazionale Infermieri Medicina (ANIMO), poiché definito innovativo ed orientato alla personalizzazione e alla continuità assistenziale. Il PN viene anche definito come

un mezzo, uno strumento attraverso il quale gli infermieri applicano il processo di *nursing* così come veniva già ipotizzato dalla stessa Nightingale: un'assistenza competente centrata sul paziente e fondata sulla relazione. Ciò permetterebbe di applicare più facilmente il metodo Montessori, poiché il PN consentirebbe agli infermieri di reperire molte informazioni riguardanti il paziente, avrebbero modo di osservarlo e conoscerlo attentamente e di creare un rapporto di fiducia e di relazione.

Conclusioni

Dallo studio è emerso quanto sia urgente il bisogno di identificare e valutare approcci economici e non-farmacologici alla cura della demenza, che siano efficaci nel migliorare la qualità di vita dei pazienti e nell'alleviare i comportamenti reattivi, il mancato impegno, il deterioramento fisiologico e l'eccessiva dipendenza dai caregiver.

Gli operatori sanitari intervistati gestiscono i BPSD dei pazienti con demenza con attività che trovano riferimento nel metodo Montessori e ciò, come è emerso anche dalla letteratura, migliora i BPSD, riducendo l'aggressività. Tale metodo, pertanto, può essere utilizzato non solo nel reparto di Geriatria, ma in tutti i reparti in cui vi è la presenza di anziani con demenza, come avviene, ad esempio, nel reparto di medicina interna dell'Ospedale di Biella.

Lo studio, però, ha evidenziato come il metodo Montessori preveda la necessità di una formazione strutturata e su misura per garantire al meglio l'assistenza al paziente, ma anche di un ambiente preparato con materiali appositi e l'applicazione del metodo con un approccio multiprofessionale.

Inoltre, è emerso che il *Primary Nursing* permette un approccio assistenziale avanzato ed orientato alla personalizzazione e alla continuità assistenziale, facilitando, così, l'applicazione del metodo Montessori.

A partire dal presente studio possono essere elaborate diverse iniziative. Possono essere effettuati ulteriori studi sperimentali dagli studenti del corso di Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino; può essere sperimentato il metodo Montessori all'interno del reparto di geriatria, o in altri reparti, dell'AOU San Luigi Gonzaga, ricreando "Il soggiorno geriatrico Montessori"; possono essere organizzati degli incontri formativi tra il personale

sanitario del reparto e i promotori del metodo Montessori applicato agli anziani in Italia.

Riferimenti bibliografici

- Booth S., Zizzo G., Robertson J., Goodwin Smith I. (2020), *Positive Interactive Engagement (PIE): A Pilot Qualitative Case Study Evaluation of a Person-Centred Dementia Care Programme Based on Montessori Principles*, «Dementia: London, England», 19(4), pp. 975-991.
- Cartabellotta A., Eleopra R., Quintana S., Pingani L., Ferrarese C., Starace F. (2018), *Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza*, «Best Practice», 10(10).
- Cartwright J., et al. (2022), *Montessori mealtimes for dementia: A pathway to person-centred care*, «Dementia», 21(4), pp. 1098-1119.
- Cloak N., Al Khalili Y. (2022), *Behavioral and psychological symptoms in dementia*, StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/> (ultima consultazione 25 febbraio 2023).
- Franchi B. (2016), *Pharmacological Management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*, «Journal of Pharmacy Practice and Research», 46(3), pp. 277-285.
- FNOPI-ANIMO (2022), *Position Statement: l'assistenza infermieristica in area medica*, FNOPI, <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/04/Position-FNOPI-ANIMO.pdf> (ultima consultazione 26 febbraio 2023).
- Istituto Superiore di Sanità (2021), *Piano nazionale demenze (PND)*, <https://www.iss.it/le-demenze-piano-nazionale-demenze> (ultima consultazione 26 febbraio 2023).
- Janssen L.M., Kinney J.M., Farfing K.M. (2021), *Through the Montessori Looking-Glass: Barriers to implementing a Montessori-based Intervention*, «Journal of Applied Gerontology», 40(9), pp. 1105-1109.
- Kallio H., Pietilä A.M., Johnson M., Kangasniemi M. (2016), *Systematic Methodological Review: Developing a Framework for a Qualitative Semi-Structured Interview Guide*, «Journal of Advanced Nursing», 72(12), pp. 2954-2965.
- Kaufmann E.G., Engel S.A. (2016), *Dementia and Well-Being: a Conceptual Framework Based on Tom Kitwood's Model of Needs*, «Dementia: The International Journal of Social Research and Practice», 15(4), pp. 774-788.
- Livingston G., Kelly L., Lewis-Holmes E., Baio G., Morris S., Patel N., Omar R.Z., Katona C., Cooper C. (2014), *A Systematic Review of the Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Sensory, Psychological and Behavioural Interventions for Managing Agitation in Older Adults with Dementia*, «Health Technology Assessment», 18(39), pp. 1-226.
- Ministero della Salute (2022), *Dati epidemiologici*, <https://www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglio-ContenutiDemenze.jsp?id=2402&area=demenze&menu=vuoto> (ultima consultazione 25 febbraio 2023).
- NICE guideline (2018), *Dementia: Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and Their Carers*, <https://www.nice.org.uk/>

- guidance/hg97/chapter/Person-centred-care (ultima consultazione 26 febbraio 2023).
- Perino A. (2022), *Principi e modalità di un'innovazione pedagogica*, in Taddia F., Perino A., Poi R. (eds), *Il metodo Montessori e gli anziani fragili*, Erickson, Trento, pp. 19-28.
- Raghuraman S., Tischler V. (2021), "The Jigsaw Culture of Care": a Qualitative Analysis of Montessori-Based Programming for Dementia Care in the United Kingdom, «Dementia: London, England», 20(8), pp. 2876-2890.
- Seeley W.W., Rabinovici G.D., Miller B.L. (2022), *Dementia*, in Loscalzo J., Fauci A., Kasper D., Hauser S., Longo D., Jameson J.L. (eds), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 21st ed., McGraw-Hill Education, New York, <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1193032697> (ultima consultazione 25 febbraio 2023).
- Tampi R.R., Jeste D.V. (2022), *Dementia is more than Memory Loss: Neuropsychiatric Symptoms of Dementia and their Nonpharmacological and Pharmacological Management*, «American Journal of Psychiatry», 179(8), pp. 528-543.
- Thuesen J., Ravn M.B., Petersen K.S. (2021), *Towards Person-Centred Rehabilitation in Dementia – a Narrative Synthesis*, «Disability and Rehabilitation», 43(18), pp. 2673-2679.
- Van der Ploeg E.S., Eppingstall B., Camp C.J., Runci S.J., Taffe J., O'Connor D.W. (2013), *A Randomized Crossover Trial to Study the Effect of Personalized, One-to-One Interaction Using Montessori-Based Activities on Agitation, Affect, and Engagement in Nursing Home Residents with Dementia*, «International Psychogeriatrics», 25(4), pp. 565-75.
- WHO (2022), *Dementia*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (ultima consultazione 26 febbraio 2023).