Un clown per sentirsi vivi

Luca Giuseppe Re[1], Massimiliano D'Elia[1]

[1]ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano – Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Italia

Corrispondenza: luca.re@unimi.it

INTRODUZIONE

Nel 2019, si stimavano circa 57,4 milioni di persone con demenza nel mondo. Questo numero è destinato a salire a 152,8 milioni entro il 2050, principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione (Nichols et al., 2021). Ogni anno si registrano circa 350.000 nuovi casi di demenza ad esordio precoce - cioè prima dei 65 anni -, con un'incidenza globale di 10 casi ogni 100.000 persone (Alzheimer's Disease International, 2024). In Europa, i dati su incidenza e prevalenza sono meno dettagliati ma l'OMS Europa e l'Alzheimer's Society segnalano una crescita significativa, soprattutto nei Paesi con una popolazione anziana (Alzheimer's Society (UK), 2024). In Italia, le informazioni più aggiornate provengono dall'Indagine Europea sulla Salute (EHIS) condotta da ISTAT, che raccoglie dati sull'uso dei servizi sanitari, inclusi quelli per la demenza. Tuttavia, i dati specifici su prevalenza e incidenza per l'edizione 2025 non sono ancora disponibili (ISTAT, 2025). Secondo l'Alzheimer's Association (2024), negli Stati Uniti nel 2023 i caregiver informali hanno fornito 18,4 miliardi di ore di assistenza non retribuita, con un costo stimato di 360 miliardi di dollari, destinato a raggiungere quasi 1 trilione entro il 2050 (Alzheimer's Association, 2024). Anche in Europa, sebbene i dati siano più frammentari, si osserva una crescente pressione sui servizi di cura a lungo termine, con carenza di personale specializzato e aumento della domanda (Alzheimer's Association, 2024). Uno studio ISTAT del 2010 ha evidenziato una disomogeneità territoriale nell'offerta di posti letto in strutture residenziali per anziani correlata al tasso di disabilità negli over 65, utilizzato come indicatore del bisogno di assistenza. I dati confermano una crescente domanda di servizi per anziani con demenza (ISTAT, 2010).

La demenza: una sfida complessa

La demenza è una condizione neurodegenerativa progressiva che ha un profondo impatto su molteplici aspetti della vita della persona. L'approccio biopsicosociale aiuta a comprendere questa complessità, integrando dimensioni biologiche, psicologiche e sociali nella gestione della malattia. Biologicamente, la demenza comporta un deterioramento delle funzioni cognitive come memoria, attenzione, linguaggio, orientamento e capacità esecutive. Spesso si associano disturbi motori come alterazioni della coordinazione, ipertonia muscolare e difficoltà nei movimenti, anche nelle fasi iniziali (Moro et al., 2020). Psicologicamente, è frequente la comparsa di depressione, ansia, apatia e irritabilità, legate alla consapevolezza del declino cognitivo e alla perdita di autonomia. L'isolamento emotivo e le difficoltà comunicative aggravano il disagio (Cho et al., 2023). Socialmente, la demenza porta a una progressiva perdita di ruolo nella famiglia e nella comunità, con conseguente isolamento, stigmatizzazione e crescente dipendenza dai caregiver (Daly & Fonseca de Paiva, 2025). Nel rispetto del modello biopsicosociale, è fondamentale considerare la soggettività del paziente e il suo vissuto emotivo nella progettazione degli interventi terapeutici (Mahapatra & Sharma, 2024).

Il peso dell'assistenza e il ricorso ai servizi di cure a lungo termine

Il progressivo deterioramento cognitivo e funzionale è una delle principali cause di ricovero in strutture residenziali. Quando le persone con demenza non riescono più a gestire le attività quotidiane, il carico assistenziale diventa insostenibile per i familiari (Gaugler et al., 2007). Il burnout fisico ed emotivo dei caregiver, spesso accompagnato da stress, ansia e depressione, è un fattore determinante nella decisione di istituzionalizzazione (Brodaty & Donkin, 2009). Inoltre, sintomi neuropsichiatrici come aggressività, vagabondaggio, deliri e agitazione sono difficili da gestire a casa e accelerano il trasferimento in strutture specializzate (Luppa et al., 2008). La mancanza di servizi domiciliari adeguati e la presenza di patologie croniche concomitanti rendono necessaria una gestione clinica continuativa, possibile solo in contesti di lungo termine (López-Aguilar et al., 2025). Anche livelli bassi di riserva cognitiva sono associati a un declino più rapido e a un maggior rischio di ricovero (Mahapatra & Sharma, 2024).

Il clown anziano come strumento di cura

Negli ultimi anni, gli interventi basati sull'arte hanno acquisito crescente rilevanza nell'assistenza alle persone con demenza, soprattutto nei servizi di cura a lungo termine. Tecniche come musicoterapia, danza, teatro e narrazione mirano a migliorare la qualità della vita, ridurre i sintomi comportamentali e promuovere il benessere emotivo e relazionale. Le terapie non farmacologiche, in particolare quelle artistiche, si sono dimostrate efficaci nel trattamento di agitazione, depressione e ansia, grazie alla stimolazione sensoriale e cognitivo-emotiva (Abraha et al., 2017).
Tra gli interventi artistici, la clownterapia ha assunto un ruolo innovativo e peculiare. La figura del "clown anziano", introdotta nei contesti geriatrici, si propone di favorire l'interazione emotiva, stimolare la memoria affettiva e ridurre ansia e agitazione. Secondo Lalantika e Yuvaraj (2022), il clown anziano agisce come mediatore emotivo, capace di costruire legami significativi con i pazienti, facilitando l'espressione delle emozioni e la riduzione dello stress (Lalantika & Yuvaraj, 2022). L'intervento del clown anziano può avere effetti positivi sul benessere psico-emotivo delle persone con demenza, contribuendo a ridurre agitazione e disturbi comportamentali, stimolare la sfera cognitiva ed emotiva, migliorare l'umore e umanizzare le cure. Per la professione infermieristica, l'integrazione della clownterapia nei contesti assistenziali rappresenta un'opportunità significativa, soprattutto nell'ambito della gerontologia e della cura delle demenze. In particolare, può (a) promuovere un approccio olistico, in cui il clown lavora in sinergia con l'infermiere per considerare la persona nella sua interezza; (b) rafforzare la relazione terapeutica, facilitando la comunicazione anche in presenza di gravi deficit cognitivi; (c) stimolare la riflessione etica e professionale, valorizzando interventi innovativi e complementari all'interno del paradigma dell'umanizzazione delle cure.

OBIETTIVI

Lo studio si propone di illustrare la figura del clown anziano e il tipo di attività che svolge nei servizi di cura a lungo termine nei confronti di residenti affetti da demenza. Le domande di ricerca a cui si è cercato di trovare risposta sono le seguenti:

(a) Quale è il senso di proporre il clown anziano?
(b) Quali sono i punti di contatto e di discontinuità tra clown anziano e clown dottore?
(c) Quali attività svolge il clown anziano?
(d) A quale fine ultimo tende l'attività del clown anziano?
(e) Quale è l'impatto del clowning sui residenti?
   - Quali sono i vantaggi osservabili?
   - Quali sono le barriere alla sua implementazione?

MATERIALI E METODI

Per rispondere alle domande di ricerca è stata implementata una scoping review aderente al framework Arksey e O'Malley (Arksey & O'Malley, 2005), rivisto e valutato in seguito da altri autori (Levac et al., 2010; Peters et al., 2015; Pham et al., 2014). Il processo di conduzione della scoping review è avvenuto nel rispetto della checklist PRISMA per Scoping Review (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Fonti di informazione e strategia di ricerca

L'identificazione dei documenti rilevanti è stata ottenuta tramite l'interrogazione dei database biomedici The Cochrane Library, PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, Scopus e la consultazione della risorsa

web Google Scholar. Le bibliografie degli studi eleggibili sono state analizzate per identificare altri studi di potenziale interesse. La scelta delle parole chiave e della strategia di ricerca da applicare è stata effettuata dall'autore principale (LGR) con il contributo del coautore (MD). Le parole chiave hanno ottemperato al framework PCC (Popolation-Concept-Context) (Peters et al., 2015) e, nello specifico: P (Popolazione) = persone affette da demenza; C (Concetto) = clown anziano; C (Contesto) = servizio di cura a lungo termine. A livello operativo, sono state connesse tra loro con l'operatore booleano AND solo le parole chiave "clown" e "demenza" senza associare la parola chiave "servizio di cura a lungo termine" per aumentare il grado di sensibilità della ricerca e rimandando a una fase successiva la selezione dei record in base al contesto. In tabella 1 è illustrata la strategia di ricerca implementata.

Tabella 1 – Strategia di ricerca.

Fonte	*Stringa di ricercar*	*Record*
The Cochrane Library	(clown*):ti AND (dementia):ti	0
PubMed	clown*[ti] AND dementia[ti]	8
EMBASE	clown*:ti AND dementia:ti	9
CINAHL	TI clown* AND TI dementia	8
PsycINFO	"clown*".m_titl. AND dementia.m_titl.	4
Web of Science	clown* (Title) AND dementia (Title)	10
Scopus	TITLE (clown*) AND TITLE (dementia)	12
Google Scholar	allintitle: clown dementia	9

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi gli studi (a) ottemperanti al framework PCC identificato; (b) sia primari che secondari; (c) con qualsiasi disegno di studio; (d) sottoposti o meno a revisione paritaria; (e) disponibili in full text. Non sono stati posti limiti di data o lingua di pubblicazione.

Selezione degli studi

Il processo di screening è consistito in due step: (a) lettura e analisi del titolo e dell'abstract; (b) lettura e analisi del testo completo. Per il primo step l'autore principale (LGR) ha sviluppato un modulo di screening per titolo/abstract rivisto dal coautore (MD). I criteri di screening sono stati prima testati su un campione pilota di dieci abstract al fine di dimostrare che fossero sufficientemente robusti da garantire il reperimento dei documenti che soddisfacessero l'obiettivo. I criteri modificati sono stati riapplicati e testati su un campione casuale di dieci documenti dall'autore principale (LGR) e dal coautore (MD) per verificare la coerenza della selezione. I disaccordi sono stati materia di discussione e i criteri sono stati ulteriormente perfezionati fino al raggiungimento di un accordo comune. L'autore principale (LGR) ha esaminato in modo indipendente i titoli e gli abstract rimanenti di tutti i record reperiti per valutare il rispetto dei criteri di inclusione e in caso affermativo si è personalmente occupato del recupero del full text. Nel secondo step, l'autore principale (LGR) e il coautore (MD) hanno rivalutato in modo indipendente i documenti in full-text. Gli elenchi di riferimento degli studi eleggibili sono stati analizzati dagli autori per identificare risorse aggiuntive. La ricerca è continuata fino al raggiungimento della saturazione, cioè fin quando non sono stati più intercettati nuovi documenti coerenti con i criteri di inclusione. In caso di eventuali disaccordi, i documenti sono stati rianalizzati una seconda volta fino al raggiungimento del pieno consenso (Jolley et al., 2017). Il processo di screening è stato documentato con un diagramma di flusso aderente al PRISMA Statement (Page et al., 2021). Non è stata eseguita una valutazione critica degli studi, non costituendo una parte essenziale di una scoping review (Arksey & O'Malley, 2005).

Raccolta delle informazioni

L'autore principale (LGR), prima di effettuare in modo indipendente l'estrazione delle informazioni chiave da ogni studio incluso, ha predisposto un modulo su Microsoft Excel 2016 che in seguito è stato rivisto dal coautore (MD) per eventuali modifiche. In caso di opinioni divergenti, l'accordo è stato raggiunto con la discussione e il confronto.

Sintesi dei risultati

Per favorire chiarezza e fruibilità, le informazioni rilevanti per l'argomento in oggetto sono state organizzate per tematiche, presentate in ordine logico e sintetizzate in un quadro concettuale.

RISULTATI

Selezione degli studi

L'interrogazione dei database biomedici e la consultazione delle risorse web è stata eseguita il 7 agosto 2025. Il diagramma di flusso PRISMA in Figura 1 illustra il processo di selezione dei record reperiti dopo l'implementazione della strategia di ricerca. Sono stati identificati 70 record, 51 dai database biomedici, 9 da Google Scholar e 10 dagli elenchi di riferimento degli studi eleggibili. Dopo la rimozione dei duplicati, dei documenti non pertinenti a seguito di lettura di titolo e abstract o che non rispettavano una delle componenti del framework PCC, 23 documenti afferenti ad altrettanti studi sono stati inclusi nella scoping review.

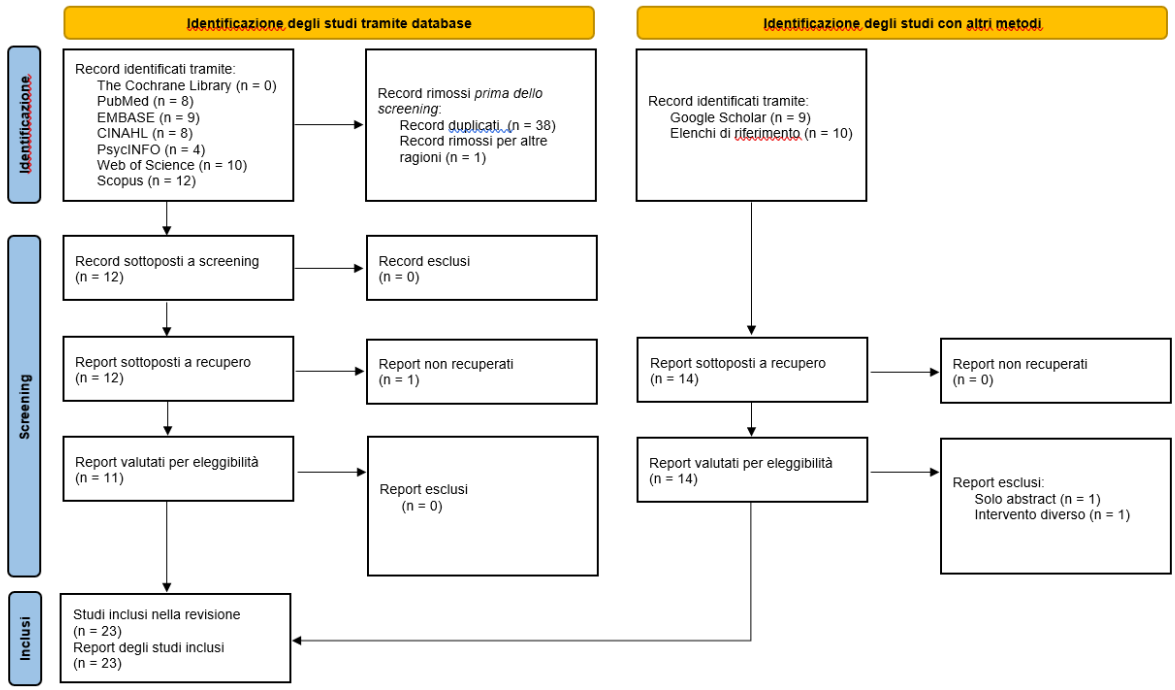

Figura 1 – Diagramma di flusso PRISMA.

Caratteristiche degli studi inclusi

La panoramica degli studi selezionati abbraccia un periodo di 13 anni, dal 2012 al 2025, offrendo uno spaccato ricco e variegato della ricerca sul clown anziano. I disegni di studio sono eterogenei e riflettono approcci metodologici diversi: vi sono quattro studi a metodi misti, che combinano dati quantitativi e qualitativi (Balfour et al., 2017; Dunn et al., 2019; Kontos et al., 2017a; Kontos et al., 2017b), tre etnografie che esplorano in profondità il vissuto dei partecipanti (Hendriks, 2023; Rämgård et al., 2016; Schamberger, 2014), e tre studi ancillari legati a precedenti trial randomizzati controllati (Brodaty et al., 2013; Low et al., 2013; Low et al., 2014).

Due ricerche adottano un approccio autoetnografico, in cui gli autori riflettono sulla propria esperienza (Hendriks, 2012; Raviv, 2013), mentre altre due sono revisioni narrative (Hendriks, 2017; Warren & Hind 2019). A completare il quadro vi sono una revisione sistematica con meta-sintesi (O'Rourke et al., 2015), una scoping review (Xu et al., 2023), una sintesi qualitativa (Dionigi & Canestrari, 2016), uno studio basato su focus group (De Kock et al., 2025), uno studio prima-dopo (Kontos et al., 2016), uno studio qualitativo (Danesjö & Johansson, 2021), uno osservazionale prospettico (De Mauleon et al., 2021), una linea guida (Popa et al., 2023) e persino un contributo congressuale (Schamberger & Hendriks 2018).

Dal punto di vista geografico, la ricerca è distribuita su scala internazionale: cinque studi provengono dal Canada, altrettanti dall'Australia, quattro dai Paesi Bassi, due dalla Svezia e due dal Regno Unito. Completano il panorama uno studio ciascuno da Cina, Francia, Israele, Italia e Romania. Questa varietà metodologica e geografica arricchisce la comprensione del fenomeno, offrendo prospettive complementari e contestualizzate.

Demenza e qualità della vita: oltre la perdita

In assenza di una cura per la demenza, è fondamentale promuovere approcci che migliorino la qualità della vita, contrastando isolamento, depressione e solitudine (Balfour et al., 2017). Le relazioni significative con familiari, operatori e altre persone sono essenziali per il benessere, anche se i sintomi della demenza – come apatia, paranoia o rabbia – possono ostacolarle (Balfour et al., 2017). Il "sé" si costruisce attraverso le relazioni e l'ambiente che le favorisce (Hendriks, 2012; de Kock et al., 2025). Anche brevi "momenti di qualità della vita" possono avere un impatto emotivo positivo (Dunn et al., 2019), sebbene la loro valutazione sia complessa e soggettiva. Con l'età, la qualità della vita dipende dalla possibilità di mantenere autonomia, relazioni e accesso alle risorse (Dunn et al., 2019).

La demenza non cancella l'identità: anche nelle fasi avanzate, la persona conserva un senso di sé, espresso attraverso il corpo, i gesti e le abitudini (Dunn et al., 2019; Schamberger, 2014). Tuttavia, ambienti monotoni e cure standardizzate possono spegnere la vitalità e la ricettività (Hendriks, 2017). Anche l'abbigliamento, spesso trascurato, è parte dell'identità e della dignità (Hendriks, 2023). Il corpo ricorda ciò che la mente dimentica; le persone con demenza hanno bisogno di stimoli, contatto, bellezza e relazioni autentiche. La comunicazione, anche non verbale, resta possibile e significativa (Kontos et al., 2017a). L'umorismo, la creatività e la capacità di giocare sono risorse ancora presenti, anche in chi ha gravi compromissioni (Kontos et al., 2017b). La visione tradizionale, centrata sul controllo dei "comportamenti sfida", è sempre più criticata per i suoi effetti disumanizzanti (Kontos et al., 2017b). Si affermano invece modelli centrati sulla persona e sulla relazione, che riconoscono l'interdipendenza e il valore dell'esperienza soggettiva.

La qualità della vita non dipende solo dal deterioramento cognitivo, ma dall'equilibrio tra bisogni, supporto e possibilità di agire (O'Rourke et al., 2015). La felicità è parte integrante di questo equilibrio e va considerata insieme alla tristezza per comprendere davvero l'esperienza della demenza (O'Rourke et al., 2015). Le persone con demenza restano esperte della propria vita. Hanno nomi, storie, gusti e sentimenti che meritano rispetto (Schamberger, 2014). Anche se non riescono più a ricordare, possono ancora sentire, desiderare, comunicare. Trattarle con empatia significa non forzarle a essere ciò che non sono più, ma accompagnarle con rispetto in ciò che sono diventate (Schamberger, 2014). Concentrarsi solo sulla memoria è limitante. Valorizzare il presente, stimolare la curiosità e creare connessioni apre spazi di possibilità e benessere (Schamberger & Hendriks, 2018). Una buona assistenza non insiste sull'autonomia a tutti i costi, ma accoglie il mondo della persona con demenza, anche quando si allontana dalla realtà condivisa (Schamberger & Hendriks 2018).

Il clown anziano: il naso rosso entra nei servizi di cura a lungo termine

Il clown anziano non è il classico clown da corsia ospedaliera. Dimentica il camice bianco, lo stetoscopio e il trucco esagerato: in una casa di cura, la figura del medico non è così presente come in ospedale, e anzi, può risultare persino inquietante per alcuni ospiti (Kontos et al., 2017a; Warren, & Hind, 2019). Ecco perché il clown anziano sceglie un approccio più morbido, più umano. Non vuole sembrare un medico, ma piuttosto un amico che porta leggerezza e calore. Sia il clown dottore che il clown anziano indossano il naso rosso e usano l'umorismo, il gioco, la fantasia e la narrazione per creare momenti di gioia. Si muovono con espressività, comunicano con il corpo — dai piccoli movimenti del viso ai gesti delle mani — e sanno come sorprendere e coinvolgere (Kontos et al., 2017a; Warren, & Hind, 2019). Il clown anziano tuttavia si distingue per il suo stile più sobrio e rispettoso. Niente faccia bianca, scarpe giganti o sorrisi finti. Il trucco è minimo, i costumi sono semplici, e il personaggio che interpreta è spesso più maturo, con una storia personale alle spalle (Warren, & Hind, 2019). È fantasioso, canta, suona strumenti, porta con sé pochi oggetti di scena e si presenta con nomi affettuosi come "Amico" o "Tesoro". È gentile, sensibile, e soprattutto sa entrare in punta di piedi nella vita degli anziani. A differenza del clown dottore, che incontra i pazienti solo per brevi momenti durante la degenza, il clown anziano costruisce relazioni. Conosce gli ospiti, li incontra regolarmente, entra in quello che per loro è casa, non una stanza d'ospedale (Warren, & Hind, 2019). E proprio perché la maggior parte dei residenti non è costretta a letto, il clown anziano rispetta profondamente lo spazio personale di ciascuno. Non invade, non impone: si adatta, osserva, ascolta.

Il clown anziano: una relazione che cura

Il clown anziano è una figura unica nell'assistenza alle persone con demenza. Non è lì per curare, ma per connettersi. Attraverso gioco, umorismo e spontaneità, aiuta le persone a uscire dal ruolo di pazienti e a ritrovare un contatto autentico con sé stesse e con gli altri (Schamberger & Hendriks, 2018). Durante le sue visite, sfida gli

stereotipi che vedono la demenza come passività e perdita di identità, creando spazi dove la persona può esprimersi anche senza parole, attraverso gesti, emozioni e immaginazione (Raviv, 2014; Schamberger & Hendriks, 2018). Il clown e la persona con demenza condividono molto: vivono in contesti dove altri sembrano sapere e controllare di più. Entrambi affrontano incertezza, frammentazione della memoria, bisogno di routine e possibilità di "sbagliare". Ma, mentre la demenza può generare ansia, il clown celebra l'errore, lo trasforma in gioco e lo rende liberatorio (Schamberger & Hendriks, 2018). Il corpo del clown diventa uno strumento di ascolto: si sintonizza con l'altro, accoglie ogni segnale, ogni emozione, anche la tristezza. Non cerca di correggere o riportare alla "realtà normale", ma si immerge nella realtà del paziente, co-costruendo scenari immaginari e significativi (Kontos et al., 2017b). Questa modalità rompe la monotonia istituzionale e apre a relazioni nuove, basate su momenti effimeri di piacere, silenzio, gioco e contatto emotivo (Balfour et al., 2017).

Il clown non porta un piano prestabilito, ma si adatta al mondo frammentato del paziente, riconoscendo che ogni incontro è unico e richiede flessibilità (Raviv, 2014). Il clown anziano contribuisce a rafforzare il senso di sé nelle persone con demenza, collegandosi a luoghi e ricordi significativi, stimolando interazioni culturali e sociali (Rämgård et al., 2016). Favorisce la connessione con l'ambiente, migliora l'umore, riduce comportamenti problematici e promuove la qualità della vita (Hendriks, 2012). Attraverso attività semplici, valorizza le capacità residue più che i deficit, offrendo alle persone la possibilità di raggiungere qualcosa di significativo (Hendriks, 2023). Questo approccio, basato su riconoscimento, gioco e collaborazione, è il cuore dell'assistenza centrata sulla persona. Il clown anziano non teme la tristezza. La percepisce nei gesti più impercettibili e la accoglie senza volerla cambiare. Essere testimoni della tristezza, senza giudicarla o correggerla, è parte della sua relazionalità affettiva (Kontos, 2017a). Il suo scopo è creare momenti di leggerezza, fantasia e connessione emotiva, offrendo esperienze di spensieratezza e umanità (Kontos, 2017b). Non impone programmi né cerca risultati predefiniti: si sintonizza con la persona, ascolta con mente aperta e si lascia guidare dalla sua storia, dai suoi gesti e dagli oggetti (Rämgård et al., 2016; Schamberger, 2014). Attraverso artefatti culturali e riferimenti autobiografici, stimola la memoria e rafforza il senso di sé, evitando l'infantilizzazione (Rämgård et al., 2016).

Ogni incontro è costruito sulla personalità del residente e sulla sua realtà, anche frammentata. Il clown sospende la logica, privilegia il gioco e valorizza gli aspetti positivi dell'individuo, cercando una connessione autentica (Schamberger, 2014). Il clown anziano non garantisce il successo, ma accetta il rischio del fallimento. Il suo impegno è nel provare, nel non rinunciare, anche quando i risultati sono incerti (Hendriks, 2017). Unendo la conoscenza del sé precedente del residente con uno sguardo nuovo, contribuisce a "vedere la totalità" della persona (Hendriks, 2017). Contrasta il disprezzo e la "disidratazione" del sé, aiutando le persone a impegnarsi in conversazioni sensoriali ed emozionali con il mondo (Hendriks, 2023). Il suo habitus si trasforma: da attivo a ricettivo, pronto a risuonare con ciò che lo circonda. Il suo stato incompiuto invita i residenti a riempire i vuoti, a influenzare e lasciarsi influenzare (Hendriks, 2023). Non forza la realtà esterna, ma si arrende a quella vissuta dal residente. Così, scenari che sembrerebbero assurdi acquistano senso nel mondo immaginario condiviso (Hendriks, 2023). Abbraccia l'immaginario per dare forma a reminiscenze e deliri, co-costruendo scenari con il partecipante (Kontos et al., 2017a). Tecniche come la sintonizzazione affettiva e la sincronizzazione fanno parte della sua pratica (Kontos et al., 2017a). Non si limita a intrattenere, ma crea momenti di significato, rispettando ritmi e stati emotivi. Risveglia emozioni, stimola ricordi, legittima le espressioni corporee come atti comunicativi, favorendo dignità, inclusione e riconoscimento (Kontos et al., 2016).

Il clown anziano propone un modello etico e relazionale, basato su empatia, reciprocità e creatività, che cambia il paradigma della cura: da clinico a partecipativo, dove anche il gioco diventa strumento di cittadinanza. Aiuta le persone a connettersi con l'ambiente, riconoscere i familiari, ricordare il passato e migliorare le capacità comunicative (Warren & Hind, 2019). Il clown si mette in balia della situazione, usa musica, umorismo e improvvisazione per risvegliare capacità creative, espressive e comunicative (Hendriks, 2012). Il suo obiettivo è stimolare la memoria, migliorare le funzioni cognitive, restituire dignità e potere a chi ha perso il controllo sulla propria vita. A volte, il massimo che può ottenere è un respiro, un piccolo segnale di presenza che richiede tempo, vicinanza e ascolto. Il suo corpo diventa uno strumento sensibile, capace di risuonare con quello del residente. Non si tratta solo di osservare, ma di assumere l'atteggiamento dell'altro, lasciandosi influenzare e invitando l'altro a lasciare tracce. In questo scambio, anche il clown impara: la persona con demenza gli insegna a rispondere con sensibilità. Quando il corpo del residente è immobile, il clown, con il suo corpo "sensibilizzato", è pronto a ricevere nuovi brividi, nuove emozioni. Il suo lavoro è un contatto "da cuore a cuore", che porta piacere e pace. Attraverso la parodia delle routine istituzionali, il clown mette in luce l'esclusione sociale e lo stigma che spesso colpiscono le persone con

demenza. Il suo corpo diventa un archivio di conversazioni silenziose, che meritano attenzione e rispetto. C'è chi guarda con sospetto l'idea di mandare un clown a persone che non possono acconsentire razionalmente. Tuttavia, il clown anziano ribalta i rapporti di potere e propone una visione diversa di ciò che è "buono" nell'assistenza. Anche se il suo approccio può sembrare insolito o persino degradante, si fonda sul rispetto: cerca di assecondare i modi in cui la persona con demenza è presente nel mondo e sostiene il suo coinvolgimento (Hendriks, 2017).

Il clown anziano: un ponte relazionale nella demenza

Il clown anziano è una figura capace di entrare in relazione anche con persone affette da demenza grave, grazie a modalità di interazione flessibili, personalizzate e profondamente rispettose del vissuto individuale (Danesjö & Johansson, 2021). Indossa un classico naso rosso, ma evita il trucco pesante: preferisce espressioni facciali neutre e abiti evocativi di epoche passate, come gli anni '40 e '50, che risvegliano memorie e sensazioni familiari (Danesjö & Johansson, 2021; Hendriks, 2012; Kontos et al., 2016; Kontos et al., 2017b). Ogni visita è costruita su misura, basata su dettagli clinici, sociali e familiari del residente (Danesjö & Johansson, 2021; Kontos et al., 2016). Il clown anziano si avvale delle informazioni fornite dal personale sanitario per preparare interventi mirati, adattando tono, velocità ed energia alle condizioni cliniche e attitudinali della persona (Kontos et al., 2017b; Schamberger, 2014). Le biografie sociali e gli indizi contestuali guidano la scelta di materiali evocativi, come stoffe, gioielli, burattini e oggetti quotidiani, contenuti nel suo "kit personale" (Hendriks, 2012; Kontos et al., 2017b). Il clown anziano comunica attraverso linguaggi non convenzionali: improvvisazione, umorismo, empatia, canto, musica, danza, gesti e silenzi. Questi strumenti gli permettono di aggirare le perdite cognitive e valorizzare capacità incarnate, immaginative e sociali che la demenza lascia intatte (Hendriks, 2023). Il suo stile è sobrio e volutamente incompleto: si presenta con biancheria bianca, a piedi nudi, evocando uno stato di transizione tra intimità e quotidianità. Questo stimola la partecipazione attiva del residente, che può contribuire alla costruzione del suo abito (Hendriks, 2023).

Spesso il clown lavora in coppia, creando dinamiche che ricordano relazioni familiari, come litigi domestici o discussioni finanziarie. Queste tensioni ludiche generano umorismo e coinvolgimento, offrendo agli anziani l'opportunità di intervenire e sentirsi protagonisti (Balfour et al., 2017; Dunn et al. 2013; Kontos et al., 2017a; Warren & Hind, 2019). La regolarità delle visite contribuisce a consolidare il legame, rendendo il clown parte della "famiglia" del residente (Warren & Hind, 2019). L'obiettivo non è far ridere, ma creare connessioni significative. Il clown anziano privilegia il benessere emotivo rispetto all'intrattenimento, adattandosi al vissuto del residente nel "qui e ora" con un'improvvisazione sommessa e non teatrale (Hendriks, 2017). In questo spazio relazionale, anche chi non comunica più in modo convenzionale può sentirsi al comando, anche solo per un momento (Hendriks, 2017).

Nonostante la sua efficacia, il clown anziano può essere percepito come estraneo, suscitando ansia o resistenza tra il personale sanitario. Per superare queste barriere, è fondamentale costruire una collaborazione basata sulla conoscenza reciproca e promuovere un dialogo aperto, andando oltre la semplice comunicazione logistica (de Kock et al., 2025). L'efficacia dell'intervento dipende anche dal contesto sociale e culturale in cui si inserisce (Schamberger, 2014; Xu et al., 2023). Gran parte del lavoro del clown anziano è non verbale, sostenuto da rumori, movimenti e pause. Non prepara scenografie, ma lavora sul momento, accettando anche il silenzio come spazio relazionale (Balfour et al., 2017). È maestro nell'ascolto profondo, nella pausa e nell'attesa, modellando l'interazione con rispetto e sensibilità. Il clown anziano incarna accettazione e amore incondizionato. Si avvicina con curiosità, coglie segnali deboli, stimola i sensi e condivide gioia con chi vive la demenza, trovando bellezza anche nei dettagli più piccoli (Schamberger & Hendriks, 2018).

Clowning e demenza: emozioni, memoria, relazione

Il clown anziano può contribuire al prosperare del sé, oltre a supportare l'agire della persona con demenza, offrendo un complemento innovativo all'assistenza tradizionale per la demenza (de Kock et al., 2025; Hendriks, 2012; Kontos et al., 2017a). Le sue visite sono associate a una riduzione di comportamenti problematici, agitazione ed emozioni negative tra i residenti (Kontos et al., 2016; Low et al., 2013). L'approccio basato sul clowning nell'assistenza centrata sulla persona richiede un dibattito più ampio su ciò di cui le persone vulnerabili hanno bisogno: uno scudo contro l'esclusione sociale, una promessa di coinvolgimento significativo e una cultura di rispetto per la persona (Hendriks, 2023).

L'obiettivo fondamentale del clowning è raggiungere uno stato noto come "presenza" (Kontos et al., 2017b). Questo si realizza quando il clown anziano riesce a innescare la "capacità latente di essere commosso" del residente, generando una "presenza relazionale" (Kontos et al., 2017b). Tale stato si manifesta attraverso il coinvolgimento

verbale, incarnato, emotivo e creativo (Kontos et al., 2017b). Anche nei casi di demenza avanzata, dove la comunicazione verbale è limitata, il clowning utilizza tattiche corporee come il contatto visivo, il sorriso, movimenti lenti e azioni brevi (Kontos et al., 2017a). Anche l'osservazione passiva è considerata una forma di coinvolgimento (Kontos et al., 2017a). La "felicità del momento" è uno dei cambiamenti più importanti apportati dal clown anziano ai pazienti con demenza (Popa et al., 2023). Nei reparti con demenza meno avanzata, si osservano reazioni collettive positive all'ingresso del clown, che alleggeriscono l'atmosfera (Popa et al., 2023). In quelli con demenza avanzata, le reazioni sono più individuali e stimolate da approcci personali e ravvicinati (Popa et al., 2023). Il clown anziano stimola la creatività e la voglia di partecipare: i residenti ridono, si muovono, ballano, cantano e raccontano storie (Popa et al., 2023). Anche chi inizialmente non risponde, spesso si fa coinvolgere quando l'interazione è adattata al contesto individuale (Popa et al., 2023).
La continuità delle visite con gli stessi gruppi porta a effetti più forti e duraturi (Popa et al., 2023). I residenti stabiliscono legami emotivi con il clown anziano che stimolano la memoria anche quando non ricordano direttamente l'esperienza (Popa et al., 2023); intervalli superiori a un mese tra le visite tendono a indebolire questi legami (Popa et al., 2023). Il clown anziano è percepito come estraneo al sistema sanitario e quindi come un alleato (Raviv, 2014). L'interazione con lui è libera da sforzo cognitivo e migliora la percezione del paziente (Raviv, 2014). Il canto offre consolazione emotiva, migliora l'umore e crea intimità (Raviv, 2014). Le storie condivise tra immaginazione e memoria riflettono il desiderio di libertà e accettazione (Raviv, 2014).

Effetti terapeutici e psicosociali
Il clowning dimostra benefici nella depressione, nei disturbi comportamentali e nella qualità della vita auto-riferita (Brodaty et al., 2013). L'aumento del coinvolgimento attraverso attività individualizzate è associato a una riduzione dell'agitazione (Brodaty et al., 2013). Il clown può migliorare la capacità di interazione sociale (Danesjö & Johansson, 2021), adattandosi agli stati d'animo e creando significato e partecipazione (Danesjö & Johansson, 2021). L'intervento è associato a una significativa riduzione di deliri, allucinazioni, euforia e comportamenti motori aberranti (De Mauleon et al., 2021), mentre depressione, apatia e disinibizione aumentano in assenza del clown anziano (De Mauleon et al., 2021). Il clowning inoltre è in grado di ridurre tentativi di fuga, autolesionismo e violenza (Dionigi & Canestrari, 2016).
Valutare gli effetti terapeutici del clowning è complesso: si tratta di un intervento multimodale, influenzato da condizioni mediche, procedure, funzionamento familiare ed équipe sanitarie (Dionigi & Canestrari, 2016). Gli ingredienti attivi sono il coinvolgimento e il gioco (Low et al., 2013), che aumentano le interazioni positive e riducono l'agitazione, con effetti simili al risperidone (Low et al., 2013; Low et al., 2014).
Il clown anziano utilizza risate, musica, narrazione e reminiscenza per stimolare la memoria e migliorare le funzioni cognitive (Warren & Hind, 2019). Le sue strategie includono: (a) porre domande stimolanti, (b) incoraggiare l'iniziativa del residente, (c) chiedere quale canzone cantare. Queste tecniche restituiscono potere a chi ha perso il controllo sulla propria vita (Warren & Hind, 2019). Egli inoltre aiuta gli anziani a essere presenti nel qui e ora, consapevoli di sé e dell'ambiente (Warren & Hind, 2019). La giocosità permette di connettersi con i ricordi, creando un ponte tra passato e presente, anche se le connessioni sono fugaci (Warren & Hind, 2019). L'approccio del clowning si concentra sulle capacità residue e sulle preferenze comunicative, connettendosi con l'essenza della persona al di là della malattia (Schamberger, 2014). Il divertimento, la positività e la compassione giocosa riducono frustrazione, disagio e comportamenti problematici (Schamberger, 2014).
In definitiva, il clown anziano non cura la demenza, ma crea esperienze significative, emozionali e liberatorie (Hendriks, 2023). Egli supporta la connessione attiva con l'ambiente, rafforzando il senso di sé e il benessere (Hendriks, 2023); è lì per interagire, per essere reattivo, e se queste persone lo portano altrove, lui le seguirà (Balfour et al., 2017). Il quadro concettuale emerso è illustrato in Figura 2.

Figura 2 – Il ruolo del clown anziano nella demenza: quadro concettuale.

DISCUSSIONE

Ridere con rispetto: il valore del clown anziano nella demenza

L'intervento del clown anziano applicato ai servizi di cura a lungo termine per persone con demenza offre molteplici benefici, sia individuali che ambientali. Il suo fulcro è la connessione emotiva autentica, fondata su gesti, sguardi, ritmo e contatto fisico più che sulle parole. Attraverso una comunicazione non verbale empatica, il clown anziano riesce a stabilire legami profondi anche con persone in stadi avanzati di demenza, risvegliando emozioni e ricordi sopiti. Un aspetto centrale è la valorizzazione dell'identità e delle capacità residue: l'intervento parte sempre dalla biografia e dalle risorse ancora presenti, permettendo al residente di sentirsi protagonista e non un paziente passivo. L'approccio ludico e creativo promuove il riconoscimento della persona oltre la malattia, restituendole dignità e senso di continuità con la propria storia di vita. Numerosi studi documentano la riduzione dell'agitazione, dell'ansia e dei disturbi comportamentali, con effetti paragonabili a quelli dei farmaci antipsicotici ma senza i loro effetti collaterali. L'umorismo e la tenerezza generano rilassamento, migliorano l'umore e favoriscono un clima emotivo positivo, anche duraturo nel tempo.

Il clown anziano stimola inoltre la dimensione cognitiva e sensoriale: musica, canto, movimento, narrazione e reminiscenza riattivano memoria, attenzione e curiosità. Questi momenti ludici rappresentano esperienze di "vita di qualità", capaci di rompere la routine e restituire vitalità alla quotidianità. A livello sociale, il clown anziano favorisce la partecipazione e la riduzione dell'isolamento, promuovendo interazioni spontanee tra residenti, personale e familiari. Si crea così un senso di comunità e appartenenza che contribuisce a migliorare la qualità della vita. L'intervento ha anche un impatto trasformativo sull'ambiente di cura: il personale, osservando le reazioni positive dei residenti, sviluppa maggiore sensibilità relazionale, empatia e creatività, migliorando il clima organizzativo e riducendo lo stress lavorativo. Infine, il clown anziano restituisce agency e libertà alla persona con demenza, permettendole di esprimersi, scegliere e interagire in modo autentico. Rompendo la rigidità istituzionale, essa crea spazi di umanità e leggerezza che umanizzano l'assistenza e rafforzano la relazione di cura, contribuendo a una cultura più empatica, rispettosa e centrata sulla persona.

Non basta un naso rosso: le sfide della clownterapia nei servizi di cura a lungo termine

L'implementazione della clownterapia nei servizi di cura a lungo termine per persone con demenza, nonostante i numerosi benefici documentati, incontra ancora molte barriere di tipo culturale, organizzativo e metodologico. Una delle difficoltà principali riguarda la percezione sociale e culturale del clown. La figura del clown è spesso associata all'infanzia o alla comicità superficiale, suscitando diffidenza o persino paura tra familiari, operatori e residenti. Questa visione riduttiva può generare resistenze e pregiudizi, facendo percepire la clownterapia come un intrattenimento frivolo anziché come un intervento relazionale e terapeutico. A ciò si aggiunge il rischio di

infantilizzazione, quando l'approccio non è condotto con la dovuta sensibilità e rispetto per l'identità adulta e la dignità della persona con demenza.

Un altro ostacolo rilevante è la mancanza di formazione e di riconoscimento professionale. Diventare un clown anziano richiede un percorso complesso che unisce competenze artistiche, psicologiche e comunicative. Tuttavia, in molti contesti i clown sono volontari con preparazione disomogenea, e non esistono ancora standard formativi o certificazioni riconosciute. Anche il personale sanitario non sempre è formato a comprendere la logica relazionale del clowning, quindi può faticare a integrarlo nel proprio lavoro quotidiano. A livello organizzativo, la scarsità di risorse e di tempo rappresenta una barriera concreta. Le visite dei clown sono spesso limitate a progetti temporanei per mancanza di fondi, e la loro integrazione nelle routine assistenziali risulta difficile. La clownterapia richiede infatti continuità, coordinamento e ambienti favorevoli, elementi non sempre compatibili con strutture caratterizzate da ritmi rigidi e carichi di lavoro elevati.

Vi è poi una resistenza istituzionale e metodologica. Il sistema sanitario, fortemente orientato a protocolli standardizzati e misurabili, fatica ad accogliere interventi basati su emozioni, improvvisazione e comunicazione non verbale. I benefici della clownterapia — spesso qualitativi e soggettivi — sono difficili da valutare con strumenti clinici tradizionali, limitando il riconoscimento scientifico e il sostegno economico a lungo termine. Infine, la variabilità individuale nelle risposte richiede una grande capacità di adattamento: non tutte le persone reagiscono positivamente e alcune possono mostrare disagio o rifiuto. Ciò impone al clown anziano una sensibilità particolare nel calibrare toni, tempi e modalità di contatto. Nel complesso, queste barriere non negano il valore della clownterapia, ma indicano la necessità di un cambiamento culturale: passare da un modello di cura tecnico e centrato sulla malattia a uno più relazionale, empatico e aperto alla dimensione umana della fragilità.

Problemi aperti e implicazioni per studi futuri

L'intervento del clown anziano può avere un impatto positivo sul benessere e sulla qualità della vita dei residenti con demenza nei servizi di cura a lungo termine. Tuttavia, restano aperte numerose questioni che meritano approfondimenti scientifici e metodologici. Uno dei nodi principali riguarda la difficoltà di inquadrare l'intervento in termini strettamente scientifici. Il clowning non si presta facilmente a una valutazione basata solo su indicatori clinici o dati quantitativi, rischiando così di perdere il suo significato più profondo. È quindi auspicabile lo sviluppo di strumenti qualitativi capaci di cogliere la dimensione relazionale e soggettiva dell'esperienza, come analisi delle interazioni, scale di osservazione della "presenza relazionale" o del "benessere percepito".

Un'altra questione riguarda la difficoltà di distinguere tra comportamenti problematici modificabili con interventi psicosociali (come il clowning) e quelli legati a cause fisiche, come il dolore. Studi futuri potrebbero concentrarsi sull'isolamento dell'effetto del clowning in relazione a specifiche cause, confrontandolo con altre terapie non farmacologiche. L'introduzione del clown anziano può generare resistenze o ansia tra gli operatori, soprattutto se percepito come figura estranea. È importante esplorare strategie efficaci per costruire una collaborazione solida e basata sulla fiducia reciproca, andando oltre la semplice gestione logistica. L'efficacia dell'intervento dipende anche dal contesto sociale e culturale. Studi cross-culturali potrebbero aiutare a comprendere come adattare il ruolo e lo stile del clown anziano in base ai diversi sistemi sanitari e alle sensibilità locali.

È noto che intervalli troppo lunghi tra le visite indeboliscono i legami affettivi, mentre la continuità li rafforza. Sarebbe utile identificare la frequenza ottimale degli incontri per favorire la memoria affettiva e consolidare la relazione.La letteratura individua nel gioco e nel coinvolgimento gli "ingredienti attivi" dell'intervento, ma manca un'analisi dettagliata delle singole strategie. Studi futuri potrebbero esaminare l'efficacia di elementi specifici come umorismo, canto, narrazione condivisa o tecniche di sintonizzazione affettiva, valutandone la correlazione con esiti positivi come la riduzione dell'agitazione o l'aumento della felicità.

Anche l'osservazione passiva può rappresentare una forma di coinvolgimento. È necessario approfondire e categorizzare le modalità non verbali per comprendere meglio come il clowning possa essere efficace anche con pazienti gravemente disabili e non responsivi verbalmente. Infine, l'intervento sembra avere effetti benefici anche su familiari e caregiver, migliorando la loro qualità della vita. Tuttavia, mancano studi specifici. Sarebbe utile indagare come il clowning influenzi il benessere psicologico e le dinamiche relazionali tra caregiver e residenti.

Limiti

Nonostante siano stati interrogati sette dei principali database biomedici e consultata la risorsa web Google Scholar, non si può escludere la presenza di altra letteratura rilevante disponibile sul tema. Inoltre, nonostante non siano stati

posti limiti sulla lingua di pubblicazione, quasi la metà dei documenti inclusi proviene da Paesi economicamente sviluppati e di estrazione socioculturale anglosassone; di conseguenza, i risultati ottenuti e le considerazioni effettuate non si possono generalizzare ad altre realtà economiche e/o socioculturali.

CONCLUSIONI

Il clown anziano, soprattutto nei contesti di demenza, è molto più di un momento di svago: è un intervento relazionale che restituisce dignità, emozioni e connessione a chi vive nel silenzio della malattia. In un mondo che spesso dimentica chi dimentica, il clown anziano diventa presenza viva, capace di toccare il cuore della persona attraverso gesti, sguardi e ascolto profondo. Questa pratica, ancora poco diffusa, può ridurre l'agitazione, stimolare la felicità e migliorare la qualità della vita, anche con interventi brevi e non invasivi. Ma per esprimere tutto il suo potenziale, serve molto più di una visita occasionale: è necessario investire nella formazione, sensibilizzare operatori e familiari, definire protocolli chiari e superare barriere culturali e istituzionali. Il clown anziano non cura la demenza ma la relazione. Porta luce dove regna il distacco, risveglia memorie nascoste e crea spazi di bellezza condivisa. Anche dove la parola si perde, il corpo può ancora parlare, e un sorriso fugace può diventare segno autentico di benessere. In un sistema sanitario spesso dominato dalla tecnica, il clown anziano ci ricorda che anche l'umorismo può essere medicina. È tempo di riconoscerne il valore e di renderlo una risorsa stabile, creativa e umana nell'assistenza agli anziani con demenza. Perché prendersi cura significa, prima di tutto, esserci. Con rispetto, con empatia, e con la leggerezza di una risata condivisa.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

Bibliografia

Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. BMJ Open, 7(3), e012759. https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e012759.

Alzheimer's Association. (2024). Alzheimer's Disease Facts and Figures: Executive Summary. https://www.alz.org/getmedia/2421d513-8165-464a-a443-8ded08ae5b54/facts-and-figures-2024-executive-summary.pdf.

Alzheimer's Disease International. (2024). World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia (e World Alzheimer Report 2023: Reducing dementia risk). London: ADI. https://www.alzint.org/.

Alzheimer's Society (UK). (2024). Facts for the media about dementia. https://www.alzheimers.org.uk/.

Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology, 8(1), 19–32.

Balfour, M., Dunn, J., Moyle, W. & Cooke, M. (2017). Complicité, Le Jeu and the clown: Playful engagement and dementia. Applied Theatre: Creative Ageing, 105. https://doi.org/10.5040/9781474233866.ch-004

Brodaty, H. & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 11(2), 217–228.

Brodaty, H., Low, L. F., Liu, Z., Fletcher, J., Roast, J., Goodenough, B. & Chenoweth, L. (2014). Successful ingredients in the SMILE study: Resident, staff, and management factors influence the effects of humor therapy in residential aged care. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22(12), 1427–1437. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.08.005.

Cho, E., Kim, M. J., Yang, M., Jang, J., Cho, J. & Lee, J. Y. (2023). Symptom-specific non-pharmacological interventions for behavioural and psychological symptoms of dementia: protocol of an umbrella review. BMJ Open, 13(2), e070317. https://bmjopen.bmj.com/content/13/2/e070317.

Daly, T. P. & Fonseca de Paiva, A. (2025). Tackling health inequalities in dementia is a public health priority. BMJ, 390, r1738. https://www.bmj.com/content/390/bmj.r1738.

Danesjö, E. & Johansson, P. (2021). Vårdpersonalens upplevelser av hur clowner kan vara ett stöd i att identifiera resurser hos personer med demens [Examensarbete, University of Gothenburg]. Gupea (PDF). https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/68837.

de Kock, L., Groot, B., Lindenberg, J., Langemeijer, C., de Faveri, S., Lessiak, K., … & Abma, T. A. (2025). Improving collaboration between staff, family members, and artists in long-term dementia care: A participatory action research project into health care clowning. Qualitative Health Research. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/10497323251316426.

De Mauleon, A., Lelievre, A., Hermabessière, S. & Rolland, Y. (2021). Intervention of companion clowns in a special care unit: A 1-year pilot study. Aging Clinical and Experimental Research, 33(12), 3379–3383. https://doi.org/10.1007/s40520-021-01916-w.

Dionigi, A. & Canestrari, C. (2016). Clowning in health care settings: The point of view of adults. Europe's Journal of Psychology, 12(3), 473–488. https://doi.org/10.5964/ejop.v12i3.1107.

Dunn, J., Balfour, M. & Moyle, W. (2019). Quality of life or 'quality moments of life': Considering the impact of relational clowning for people living with dementia. Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance, 24(1), 38–52. ttps://doi.org/10.1080/13569783.2018.1544889.

Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A. & Newcomer, R. (2007). Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. The Gerontologist, 47(6), 747–756.

Hendriks, R. (2012). Tackling indifference—Clowning, dementia, and the articulation of a sensitive body. Medical Anthropology, 31(6), 459–476. https://doi.org/10.1080/01459740.2012.674991.

Hendriks, R. (2017). Clown's view as respiciō: Looking respectfully to and after people with dementia. Medicine, Health Care and Philosophy, 20(2), 207–217. https://doi.org/10.1007/s11019-016-9734-1.

Hendriks, R. (2023). Clothing the clown: Creative dressing in a day-center for people with dementia in the Netherlands. Medical Anthropology, 42(8), 771–786. https://doi.org/10.1080/01459740.2023.2263808.

Jolley, R. J., Lorenzetti, D. L., Manalili, K., Lu, M., Quan, H. & Santana, M. J. (2017). Protocol for a scoping review study to identify and classify patient-centred quality indicators. BMJ Open, 7(1), e013632.

Kontos, P., Miller, K. L., Colobong, R., Palma Lazgare, L. I., Binns, M., Low, L. F., … & Naglie, G. (2016). Elder-clowning in long-term dementia care: Results of a pilot study. Journal of the American Geriatrics Society, 64(2), 347–353. https://doi.org/10.1111/jgs.13941.

Kontos, P., Miller, K. & Kontos, A. (2017a). A relational model of citizenship: Insights from a study of elder-clowning. Innovation in Aging, 1(Suppl. 1), 671. https://doi.org/10.1093/GERONI/IGX004.2386.

Kontos, P., Miller, K. L., Mitchell, G. J. & Stirling-Twist, J. (2017b). Presence redefined: The reciprocal nature of engagement between elder-clowns and persons with dementia. Dementia, 16(1), 46–66. https://doi.org/10.1177/1471301215580895.

ISTAT. (2010). La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano. https://www.istat.it/it/files/2018/07/04_2010.pdf.

ISTAT. (2025). Indagine europea sulla salute (EHIS). https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/indagine-europea-sulla-salute-ehis/.

Lalantika, V. & Yuvaraj, S. (2022). Being a therapeutic clown: An exploration of their lived experiences and well-being. Current Psychology, 41, 1131–1138. https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-020-00611-9.

Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. Implementation Science, 5, 69.

López-Aguilar, J., Godoy-González, M., Doña-López, E., Blanch, L. & Fernández-Gonzalo, S. (2025). Cognitive reserve: an emerging dimension in post-ICU recovery stratification. Intensive Care Medicine. https://doi.org/10.1007/s00134-025-08154-y.

Low, L. F., Brodaty, H., Goodenough, B., Spitzer, P., Bell, J. P., Fleming, R., ... & Chenoweth, L. (2013). The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE) study: Cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. BMJ Open, 3(1), e002072. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002072.

Low, L. F., Goodenough, B., Fletcher, J., Xu, K., Casey, A. N., Chenoweth, L., & Brodaty, H. (2014). The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: The SMILE cluster randomized trial. Journal of the American Medical Directors Association, 15(8), 564–569. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.017.

Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E. & Riedel-Heller, S. G. (2008). Prediction of institutionalization in the elderly. Psychiatric Services, 59(1), 65–70.

Mahapatra, A. & Sharma, P. (2024). Biopsychosocial Approach to Mental Health. In Mental Health Care Resource Book (pp. 87–100). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-97-1203-8_5.

Miller, K. L. & Kontos, P. (2016). The use of elder-clowning to foster relational citizenship in dementia care. In Reimagining the human service relationship (pp. 158–177). Columbia University Press.

Moro, V., Faccia, E., Amato, S., Stefanescu, G., Gobbetto, V., Fontana, G., ... & Gambina, G. (2020). Disturbi motori nelle demenze. Bollettino Epidemiologico Nazionale, Istituto Superiore di Sanità. https://www.epicentro.iss.it/ben/2020/4/volume2-2020-articolo-4.pdf.

Nichols, E., et al. (2021). Global dementia cases forecasted to triple by 2050. Alzheimer's Association International Conference (AAIC). https://aaic.alz.org/releases_2021/global-prevalence.asp.

O'Rourke, H. M., Duggleby, W., Fraser, K. D. & Jerke, L. (2015). Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia: A metasynthesis. Journal of the American Geriatrics Society, 63(1), 24–38. https://doi.org/10.1111/jgs.13178.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71.

Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. JBI Evidence Implementation, 13(3), 141–146.

Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A. & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. Research Synthesis Methods, 5(4), 371–385.

Popa, I., Pop, I. & Buluga, D. (2023). Clowning for people with dementia and children with autism: An external evaluation of "Clowning Connects Us" (End-line Evaluation Report). Triskuel Research for ClowNexus / RED NOSES International. https://clownexus.eu/wp-content/uploads/CN-Final-Report_18-3-24_RZ.pdf.

Rämgård, M., Carlson, E. & Mangrio, E. (2016). Strategies for diversity: Medical clowns in dementia care—An ethnographic study. BMC Geriatrics, 16(1), 152. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0325-z.

Raviv, A. (2014). Humor in the “twilight zone”: My work as a medical clown with patients with dementia. Journal of Holistic Nursing, 32(3), 226–231. https://doi.org/10.1177/0898010113513511.

Schamberger, M. (2014). Compassionate clowning: Improving the quality of life of people with dementia: A playful compassionate approach from the Hearts & Minds ‘Elderflowers’. In Providing Compassionate Healthcare (pp. 139–154). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315890180-14.

Schamberger, M. & Hendriks, R. (2018). Elder-clowning in dementia care. In The art of clowning: Connecting culture, health and science (pp. 45–48). RED NOSES Clowndoctors International (HCIM proceedings). (Conference/meeting proceedings PDF).

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Annals of Internal Medicine, 169(7), 467–473 https://doi.org/10.7326/M18-0850.

Warren, B. & Hind, C. (2019). Walking the memory bridge: How ‘elder clowns’ work with seniors to help improve memory and communication. Medical & Clinical Archives, 3, Article (2019). https://doi.org/10.15761/MCA.1000156.

Xu, J., Guan, Y. X., Liu, W. T., Zhang, Y., Zheng, J., Zhang, J., ... & Yang, Q. (2023). Intervention and application of clown care in nursing homes: A scoping review. Aging Clinical and Experimental Research, 35(5), 937–952. https://doi.org/10.1007/s40520-023-02376-0.