



**Assistere e stimolare l'anziano con demenza, in particolare Alzheimer
nelle quotidiane attività di cura alimentazione e igienico-sanitarie
mediante un corretto approccio psicologico/comportamentale.**

**La comunicazione, la gestione dei comportamenti
il mantenimento delle capacità cognitive residue.**

dispense a cura di:
dott.ssa Gioia Zanatta
psicologia clinica-gerontologica

Copernico Centro Studi
psicologia del lavoro, ricerca, selezione e formazione
iscrizione albo reg. veneto 3809 - p.i. 03651260261

sede centrale: Viale della Repubblica 193/i Treviso 0422/306792
num. verde 800180486 fax 0422/1830848

www.copernicocs.it copernicocs@copernicocs.it

Assistere e stimolare l'anziano con demenza, in particolare Alzheimer, nelle quotidiane attività di cura, alimentazione e igienico-sanitarie mediante un corretto approccio psicologico/comportamentale.

La comunicazione, la gestione dei comportamenti, il mantenimento delle capacità cognitive residue. Corso rivolto ad infermieri, OSS, assistenti sociali, medici, psicologi e addetti all'assistenza in genere.

Obiettivi della giornata

- sviluppare competenze psicologico/comportamentali per **assistere e stimolare l'anziano con Alzheimer, nelle quotidiane attività** di cura, igienico-sanitarie, e di supporto
- favorire il **benessere dell'anziano mediante un approccio corretto e la giusta lettura dei suoi comportamenti/bisogni** in relazione alle varie fasi della malattia.
- superare i **blocchi** comportamentali ed emotivi **che impediscono** il corretto svolgimento della attività di cura e assistenza.

Per iscriversi: utilizzare il pulsante apposito alla pagina del corso sul sito, o inviare scheda d'iscrizione via fax al 0422/1830848 o scrivere a formazione@copernicocs.it i dati dei partecipanti, chiamare il num. verde **800180486**.

Programma:

superare il disorientamento di chi fornisce l'assistenza

- conoscere la malattia e le sue espressioni
- l'importanza di modalità condivise di approccio alle differenti situazioni, e del confronto tra colleghi anche con ruoli differenti

OSSERVARE L'ANZIANO

riconoscere i deficit cognitivi:

- memoria, comprensione verbale, aprassia, disorientamento temporale e spaziale, disturbi del linguaggio e dell'attenzione – le correlazioni con apatia, depressione, percezione ed espressione del dolore

identificare i disturbi comportamentali:

- comportamento motorio, insonnia, allucinazioni, agitazione

il valore del flusso comunicativo: trasmettere ai colleghi informazioni utili sulle condizioni dell'anziano

COMUNICARE CON L'ANZIANO

la comunicazione verbale e non verbale:

- come approcciarsi, cosa fare, cosa evitare

tecniche di comunicazione in grado di **stimolare correttamente i processi cognitivi**, nello svolgimento delle quotidiane attività di assistenza e cura dell'anziano

- di cosa possiamo parlare durante la cura e l'assistenza per stimolare **la memoria ed il ragionamento?**

GESTIRE I DISTURBI COMPORTAMENTALI

identificare la situazione, intervenire a soluzione del problema, prevenirlo

- perdita di oggetti e accuse di furto verso terzi
- reazioni aggressive, allucinazioni, agitazione, apatia, depressione, ansia, paura
- incapacità nel riconoscere persone o cose
- comportamenti imbarazzanti
- insonnia, vagabondaggio
- disorientamento temporale
- difficoltà nell'alimentarsi

stimolare il mantenimento dell'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane

- evitare di sostituirsi all'anziano: perché e come
- la pazienza ed il rispetto dei tempi della persona

Docenti:

> dott.ssa Gioia Zanatta, psicologa clinica: psicologia gerontologica, demenze senili, processi cognitivi, memoria

800180486 – www.copernicocs.it copernicocs@copernicocs.it

Viale della Repubblica 193/i 31100 Treviso – Via Monte Grappa 3 San Bonifacio (VR)

**ASSISTERE E STIMOLARE L'ANZIANO CON DEMENZA, IN PARTICOLARE ALZHEIMER
NELLE QUOTIDIANE ATTIVITÀ DI CURA, ALIMENTAZIONE E IGIENICO-SANITARIE
MEDIANTE UN CORRETTO APPROCCIO PSICOLOGICO/COMPORTAMENTALE**

*Dispensa a cura di: dott.ssa Gioia Zanatta – psicologa clinica, psicologia gerontologica.
Contatti: gerontologia@copernicocs.it.*

LE DEMENZE

Con il termine di demenza si indica una malattia del cervello che pregiudica la possibilità di una vita autonoma e che comporta la **compromissione delle funzioni cognitive** come:

- memoria,
- ragionamento
- linguaggio
- orientamento
- svolgere compiti motori complessi

Ai sintomi che riguardano le capacità cognitive si accompagnano quasi sempre **alterazioni della personalità e del comportamento**:

- ansia
- depressione
- ideazione delirante
- allucinazioni
- irritabilità
- aggressività (più spesso solo verbale, raramente fisica),
- insonnia
- apatia
- tendenza a comportamenti ripetitivi e senza uno scopo apparente,
- inappetenza
- alterazioni del comportamento sessuale.

Ai deficit cognitivi e ai sintomi non cognitivi, uniti alle malattie del corpo che sono frequenti, si associa una **progressiva alterazione dello stato funzionale**.

Le demenze possono essere classificate in base alla sede delle lesioni cerebrali

CLASSIFICAZIONE IN BASE ALLA SEDE DELLE LESIONI CEREBRALI

CORTICALI: colpiscono principalmente le strutture della corteccia cerebrale e si caratterizzano per deterioramenti a livello cognitivo, della memoria e del linguaggio come:

- malattia di Alzheimer
- malattia di Creutzfeldt-Jacob
- morbo di Pick

SOTTOCORTICALI: colpiscono principalmente strutture che si trovano al di sotto della corteccia cerebrale e si caratterizzano per deterioramenti a livello della personalità, della sfera emotiva e delle funzioni motorie come:

- demenza vascolare
- demenza da Parkinson,
- demenza post-traumatica,
- demenza da idrocefalo normoteso
- pseudo-demenze tossiche

DATI EPIDEMIOLOGICI: la demenza colpisce dall'1 al 5% della popolazione sopra i 65 anni e il 30% sopra i 75 anni, costituendo una delle più importanti cause di disabilità nell'anziano. In oltre il 50% circa dei casi la causa della demenza è la malattia di Alzheimer.

Nel 10% dei casi la demenza è dovuta all'arteriosclerosi cerebrale ed, in particolare, a lesioni cerebrali

multiple (lesioni ischemiche) provocate dall'interruzione del flusso di sangue: è la demenza vascolare ischemica.

Nel 10% dei casi la demenza è dovuta alla contemporanea presenza di malattia di Alzheimer e di lesioni ischemiche. In questo caso si parla di demenza mista.

LA MALATTIA DI ALZHEIMER

La Malattia di Alzheimer, dunque, rappresenta la più frequente forma di demenza nei paesi occidentali.

I sintomi della malattia possono variare notevolmente da caso a caso; tuttavia l'inizio è generalmente insidioso e subdolo ed il decorso progressivo. I sintomi iniziali dell'Alzheimer sono spesso confusi con un normale invecchiamento o attribuiti a stress oppure a depressione e perciò la diagnosi, spesso, viene fatta dopo circa 1-2 anni dall'insorgenza.

L'anziano può, inoltre, presentare modificazioni del carattere, essere meno interessato ai propri hobby o al proprio lavoro, oppure essere ripetitivo.

Talvolta l'inizio della malattia è contrassegnato dalla sospettosità nei confronti di altre persone, accusate di sottrarre oggetti o cose che il malato non sa trovare.

In molti casi sono degli eventi stressanti, come un ricovero ospedaliero e un intervento chirurgico, che rendono evidente e manifesta la presenza della malattia di Alzheimer.

La malattia di Alzheimer risulta, inoltre, spesso associata ad una serie di alterazioni istopatologiche come degenerazione neurofibrillare, deposizione di placche senili, diminuzione della densità sinaptica, presenza di angiopatia congofila e il grado di atrofia cerebrale è proporzionale alla perdita tissutale.

Il decorso della sintomatologia è classicamente distinto in tre fasi: INIZIALE, INTERMEDIA, TERMINALE.

Nelle **fasi iniziali** si assiste al deterioramento delle funzioni relazionali più complesse nelle quali è maggiore la **competenza cognitiva** (sono le cosiddette funzioni strumentali, quali gestire le finanze, utilizzare i mezzi di trasporto e di comunicazione, gestire la casa ed i farmaci) e con la progressione della demenza vengono compromesse anche le attività quotidiane di base (igiene personale, abbigliamento, bagno e mobilità, continenza).

Nelle **fasi avanzate** compaiono complicanze, quali cadute, malnutrizione, infezioni, che compromettono ulteriormente lo stato funzionale e che possono essere fatali al paziente.

La demenza ha una durata variabile, generalmente comunque intorno a 10-12 anni, nel corso dei quali, in modo spesso graduale, o invece con bruschi peggioramenti alternati a lunghe fasi di stabilità, si assiste alla progressione dei sintomi.

1. FASE INIZIALE (1-3 anni) DEMENZA LIEVE: sintomi vaghi e sfumati:

- Alterata capacità di giudizio, riduzione rendimento lavorativo, trascuratezza per igiene e abbigliamento, inappropriata uso denaro...
- Reazioni emotive variabili
- Deficit cognitivi: memoria breve termine: recupero fatti recenti, apprendimento di nuove informazioni, memoria prospettica; orientamento spazio-temporale; eloquio povero di contenuto
- Memoria retrograda e semantica poco compromesse
- Esame neurologico negativo

2. FASE INTERMEDIA (3-6 anni) DEMENZA MODERATA:

- Aggravamento dei deficit neuropsicologici
- Insorgenza dei disturbi del comportamento
- Deficit memoria retrograda
- Aprassia ideativa, ideomotoria e disturbi di tipo agnosico
- Eloquio spontaneo (parafasie, anomie, circonlocuzioni, parole pass-partout)
- Disturbi della scrittura
- Deficit funzioni di controllo (attenzione, intelligenza, ragionamento astratto, ecc.)
- Reazioni emotive variabili

3. FASE GRAVE (6anni-decesso) DEMENZA GRAVE-SEVERA

- Componenti fisiche della malattia più evidenti
- Necessità di assistenza continua (totalmente dipendente)
- Funzioni cognitive deteriorate
- Linguaggio spontaneo assente o ridotto ad automatismi verbali
- Indifferenza e apatia

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

PRINCIPI DA CONDIVIDERE

- L'assistenza alla persona con demenza dovrebbe essere finalizzata al sostegno dell'individuo e alla sua valorizzazione come effettivo membro della società
- Riconoscere il diritto della persona a vivere un'esistenza significativa
- Valorizzare l'individuo nel rispetto delle sue difficoltà
- Fornire cure individualizzate a seconda dei bisogni di ciascun ospite, adattando il tipo di intervento alla specifica situazione
- Adottare un approccio riabilitativo, stimolando le capacità residue
- Offrire un ambiente protesico
- Riconoscere la famiglia come interlocutore fondamentale

LA FAMIGLIA DELL'OSPITE

La decisione di rivolgersi ai servizi di assistenza rappresenta una scelta complessa e il più delle volte sofferta da parte della famiglia.

- "Mito dell'abbandono": rivolgersi a strutture specializzate come tentativo di espellere l'anziano dalla famiglia (provoca un profondo senso di colpa)
- La famiglia è il cliente secondario del servizio
- L'incontro famiglia-servizi si attua per il bisogno dei familiari di ricevere cura per il proprio Caro

FORME DI INCONTRO FAMIGLIA-SERVIZI

La forma di incontro tra famiglia e servizi può riflettersi in tre tipologie di atteggiamenti da parte del familiare:

- **IPERPROTETTIVO:** il familiare può assumere un atteggiamento iperprotettivo verso l'anziano, attraverso un controllo ossessivo sull'operato del personale. Questo atteggiamento, legato ai conflitti emotivi e al senso di colpa del familiare, riduce le opportunità di adattamento della famiglia e del residente
VISSUTI COMUNI NEGLI OPERATORI: tensione nei rapporti con la famiglia, sensazione di mancanza di fiducia, ipercontrollo
- **DISIMPEGNATO:** la famiglia è poco presente e delega completamente la cura dell'anziano al servizio di assistenza, limitandosi alla gestione dell'aspetto economico. Ogni familiare che assiste il proprio congiunto ha una certa capacità di tollerare lo stress dell'assistenza: certe volte questo comportamento è messo in pratica da quei familiari che vivono la situazione del proprio caro con un sentimento di dolore ed inadeguatezza tali da portare ad una presa di distanza fisica ed emotiva simile al lutto. Questo tipo di atteggiamento può essere vissuto dall'anziano come un abbandono.
VISSUTI COMUNI NEGLI OPERATORI: senso di abuso e sfruttamento, risvolti emotivi nei confronti dell'ospite
- **EQUILIBRATO:** distribuzione dell'assistenza tra famiglia e servizi, nell'ottica di collaborazione e cooperazione, finalizzate al reciproco sostegno nella condivisione dell'obiettivo di cura dell'anziano
- **VISSUTI COMUNI NEGLI OPERATORI:** senso di fiducia e collaborazione reciproca

DOVE PUO' INTERVENIRE L'OPERATORE?

- Buona alleanza tra famiglia e servizi: trasparenza, integrazione, supporto
- Atteggiamento comprensivo e decolpevolizzante, astenendosi dal giudizio
- Aiutare il familiare a comprendere i comportamenti dell'ospite, mostrando come intervenire
- Preparare la famiglia alla variabilità dell'evoluzione della malattia, che impone adeguamenti continui

MODELLO TEORICO: CURA CENTRATA SULLA PERSONA

Person Centred Care (PCC, Tom Kitwood)= Cura Centrata sulla Persona

VALORIZZAZIONE DELL'INDIVIDUO INDIPENDENTEMENTE DALL'ETÀ O DALLE SUE CAPACITÀ COGNITIVE

CURA CENTRATA SULLA PERSONA: le manifestazioni e l'evoluzione della demenza sono influenzate dai seguenti fattori:

- ❖ DANNO NEUROLOGICO
- ❖ SALUTE FISICA
- ❖ STORIA DI VITA
- ❖ PERSONALITÀ
- ❖ AMBIENTE SOCIALE

UN MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE DI BENESSERE NELLA DEMENZA

BISOGNI PSICOLOGICI DELLA PERSONA: amore, conforto, identità, appartenenza, attaccamento, occupazione

INTERVENTI NON FARMACOLOGICI

Quando si ha a che fare con la demenza, piuttosto che di “riabilitazione” è preferibile parlare di interventi di “ATTIVAZIONE COGNITIVA”

Finalità: mantenere l'autonomia personale il più a lungo possibile, migliorare la qualità della vita, alleviare il carico gestionale del caregiver/addetti all'assistenza.

Ma l'ospite ha soprattutto bisogno, come qualsiasi altra persona, di occupare la sua giornata e ciò deve avvenire con attività POSSIBILI, SIGNIFICATIVE, PIACEVOLI

ALCUNE POSSIBILI ATTIVITA':

- **Attività di intrattenimento:** feste, giochi, gite, uscite al mercato, proiezioni, ascolto musica, canto e ballo, lettura giornale
- **Attività occupazionali:** progetti sulle attività quotidiane, cucina, cucito, collages, bricolage, cura del verde
- **Attività motorie:** ginnastica dolce, mobilizzazione passiva, riconoscimento e denominazione parti del corpo
- **Attività di stimolazione cognitiva:** percezione, attenzione, analisi, vocabolario, associazione, sintesi, ragionamento astratto, rievocazione, calcolo, prassie

ATTIVAZIONE COGNITIVA: TRE PRINCIPALI CATEGORIE

1) INTERVENTI MULTISTRATEGICI O ASPECIFICI

- Reality Orientation Therapy (ROT, Taulbee, 1984; Zanetti et al., 2005) → “use or lose”
- Terapia della reminiscenza e terapia della rimotivazione
- Training cognitivo
- Terapia della validazione (Feil, 1967)
- Terapia occupazionale

2) APPROCCI COGNITIVI SPECIFICI

- Interventi cognitivi diretti all'utilizzo di residue capacità di memoria a lungo termine (esplicita e implicita)

3) AUSILI MNESICI ESTERNI

- Electronic memory aids
- Agenda e/o diari

REALITY ORIENTATION THERAPY: la ROT (formale o informale) si propone di riorientare il malato rispetto a se stesso, alla propria storia e all'ambiente circostante. FINALITA': modificare comportamenti errati; migliorare autostima; ridurre tendenza all'isolamento. Efficacia sul piano cognitivo e funzionale (potenzia effetto anticolinesterasici). Da applicare senza interruzioni finché le condizioni lo consentono.

TERAPIA DELLA REMINISCENZA: stimola le risorse mnesiche residue attraverso il ricordo di esperienze emotivamente significative. FINALITA': favorire il processo spontaneo di rievocazione; ridurre isolamento; migliorare tono umore.

TERAPIA DELLA RIMOTIVAZIONE: rivitalizza l'interesse per gli stimoli esterni attraverso la discussione su temi di attualità. FINALITA': contrastare tendenza all'isolamento.

TERAPIA DELLA VALIDAZIONE: tramite l'ascolto, si cerca di comprendere la visione della realtà dell'anziano al fine di creare contatti relazionali ed emotivi significativi, immedesimandosi in modo empatico nel “mondo” del malato. Rivolta a malati con demenza di grado moderato-severo. FINALITA': migliorare la relazione con l'ospite.

[illegible]

STIMOLARE L'OSPITE NEL CONTESTO ECOLOGICO:

- **SOSTENERE L'ORIENTAMENTO:** ricordare la data, la stagione e il periodo dell'anno in modo informale, può aiutare l'ospite a orientarsi (ad esempio durante la scelta dell'abbigliamento...
- **STIMOLARE LA MEMORIA:** ascoltare/cantare canzoni famose dell'epoca cercando di rievocare titolo e autore; mostrare la prima parte di un proverbio e chiedere di completarlo; chiedere di assaggiare o annusare un cibo provando a rievocarne il nome...
- **STIMOLARE LE ABILITA' PRATICHE:** farsi aiutare durante le attività più semplici di vita quotidiana (come apparecchiare la tavola o far sistemare decorazioni nella stanza,...)
- **STIMOLARE IL LINGUAGGIO:** farsi aiutare a ricordare il nome degli oggetti o stimolare il commento su elementi di natura concreta, stimolando l'osservazione (chiedere di denominare oggetti o la loro funzione, descrivere com'è vestita una persona, etc.)

I DISTURBI COGNITIVI

I DEFICIT MNESICI

La **MEMORIA** è la capacità che ci permette di conservare traccia degli eventi. Esistono diversi tipi di memoria grazie ai quali siamo in grado di archiviare episodi della nostra esistenza, avvenimenti che riguardano la storia della nostra società, nozioni, significati di parole, programmi per il futuro e ogni sorta di stimoli e informazioni recenti e lontani nel tempo.

Nella demenza Alzheimer la perdita di memoria è uno dei sintomi più importanti.

La difficoltà a ricordare eventi recenti (memoria a breve termine) si accentua fortemente, rispetto a quanto accade normalmente alla persona anziana; ma a ciò si aggiunge la difficoltà a immagazzinare nuove informazioni.

Nella fase iniziale della malattia rimane ben conservata la memoria a lungo termine cioè i ricordi del passato o nozioni immagazzinate in epoca più tarda, con la possibilità di creare confusioni di tipo temporale attribuendo al presente informazioni e avvenimenti che risalgono invece a molti anni prima.

Man mano che la malattia avanza anche i ricordi più lontani vanno via via sbiadendosi anche gli eventi più importanti che compongono la **memoria autobiografica**.

Anche la **memoria semantica** (magazzino di parole e significato), la **memoria prospettica** (capacità di progettare nel futuro) e la **memoria procedurale** (magazzino di procedure e di azioni complesse e automatiche) vanno nel decorso della malattia a perdersi.

MEMORIA- FASE INIZIALE: la fase iniziale della malattia è caratterizzata da piccole dimenticanze

SITUAZIONI FREQUENTI:

- La persona dimentica fatti recenti ma ricorda perfettamente episodi relativi all'infanzia
- Può dimenticare i cibi sul fuoco, il gas acceso, l'acqua aperta, può mettere giù il telefono e non ricordare più cosa si è detto
- Durante una conversazione, può usare un termine improprio perché non riesce a ricordare quello giusto

COME INTERVENIRE?

- Favorire l'utilizzo di facilitatori (biglietti, promemoria, agende)
- Durante le conversazioni, ricordare di tanto in tanto cosa sta succedendo (chi sono determinate persone, ecc.) senza creare imbarazzi, ma cercando di sembrare il più possibile naturali
- Non sottolineare gli errori commessi ed evitare di correggere la persona per non farla sentire a disagio, in imbarazzo o irritata

MEMORIA- FASE INTERMEDIA: nella fase intermedia le dimenticanze iniziano a diventare più importanti. SPESSO SUBENTRA L'AGGRESSIVITA'

SITUAZIONI FREQUENTI:

- L'ospite non ricorda di aver ricevuto visite
- Perde la capacità di svolgere attività domestiche ma continua ad essere convinto di farle (fare la spesa, preparare da mangiare, ecc)
- Sposta cose o oggetti ma non ricorda di averlo fatto
- Può essere convinta che il proprio coniuge (defunto), o i propri genitori, siano ancora vivi

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

COME INTERVENIRE?

- Assistere la persona con demenza nelle cose che deve fare o suggerirle come fare, cercando il più possibile di non sostituirsi a lui, valorizzandone l'autonomia e i punti di forza
- Chiedergli di fare le cose nel momento in cui devono essere fatte e una alla volta

MEMORIA- FASE GRAVE: in stadi molto avanzati, la persona con demenza non riesce più ad acquisire nuove informazioni e sembra vivere della semplice interazione momentanea con chi incontra, conservando solo alcuni ricordi del passato

COME INTERVENIRE?

- Fornire delle “ancore” cognitive a cui possa aggrapparsi per ricordare meglio
- Se la persona appare angosciata, cercare di distrarla proponendo attività alternative

DEFICIT DELL'ATTENZIONE

L'**attenzione** è un processo cognitivo che permette di selezionare stimoli ambientali, ignorandone altri. Funge da filtro, che lascia passare soltanto gli stimoli rilevanti e focalizza le nostre capacità cognitive su ciò che veramente ci interessa o ci permette di raggiungere gli obiettivi prefissati. Nei pazienti Alzheimer si prevede nel corso dell'evoluzione della malattia un graduale calo delle capacità attentive.

SITUAZIONI FREQUENTI:

- La persona non riesce a seguire discorsi troppo lunghi
- Viene distratto spesso dagli stimoli ambientali
- Non riesce a cambiare argomento di conversazione, tornando spesso su temi già affrontati precedentemente
- La persona può avere difficoltà a svolgere due compiti contemporaneamente (guardare la televisione e iniziare un discorso con qualcuno)

COME INTERVENIRE?

- Ridurre il numero di stimoli percepibili, cercando di dare la priorità allo svolgimento di un compito alla volta
- Semplificare i discorsi e le richieste, utilizzando frasi brevi e non troppo articolate
- Durante la conversazione, parlare uno alla volta
- Semplificare l'ambiente, riducendo il numero di stimoli distraenti
- Aiutare a dirigere l'attenzione verso gli stimoli rilevanti

DEFICIT DEL LINGUAGGIO

Il **linguaggio** è la capacità dell'uomo di comunicare per mezzo di un codice complesso, cioè un numero di segni (le parole di una lingua) condivisi da più persone, e di selezionarli e organizzarli in maniera appropriata, in modo da renderli messaggi. Anche le capacità linguistiche durante il decorso della malattia vanno man mano decadendo poiché diviene sempre più difficile tradurre il proprio pensiero in parole e le parole degli altri nei concetti corrispondenti.

LINGUAGGIO- FASE INIZIALE

SITUAZIONI FREQUENTI:

- L'eloquio si inceppa
- La persona ha la sensazione di avere le parole “sulla punta della lingua”
- Non ricorda il termine esatto
- Usa i termini “cosa/cosa” per definire qualcosa o qualcuno
- Per definire un oggetto lo chiama con tanti nomi fino ad “indovinare” quello giusto

COME INTERVENIRE?

- Non spazientirsi e non sottolineare gli errori commessi (per non far sentire il malato a disagio, in imbarazzo o irritato)
- Se necessario, ricordare l'argomento di conversazione per invitare a riprendere il discorso (sempre

senza insistere)

- Se la persona sembra abbastanza tranquilla, accompagnare le parole al contatto fisico (lievi tocamenti di mani o avambracci) per aiutarlo a mantenere l'attenzione sull'interlocutore
- Se invece la persona appare irritabile o alterata, evitare un'eccessiva vicinanza o il contatto (potrebbe essere interpretato come una violenza o un'intrusione)

LINGUAGGIO- FASE INTERMEDIA

SITUAZIONI FREQUENTI:

- La persona dice sempre le stesse cose
- Tendenzialmente parla solo di se stessa
- Il linguaggio si fa più povero
- Perde il tempo della conversazione
- La struttura della frase diventa più semplice
- Difficoltà nel comprendere i discorsi degli altri (meno accentuata nelle interazioni due a due)

COME INTERVENIRE?

- Parlare alla persona ponendovisi di fronte, non lateralmente, in modo da assicurarsi il contatto visivo
- Rispondere lentamente e in modo semplice
- Quando la persona fa sempre la stessa domanda, chiedergli di ripetere la nostra risposta, rafforzarne la comprensione
- Evitare reazioni di agitazione
- Accompagnare le parole al gesto, alla mimica, fungendo da esempio
- Rispettare i tempi mentali della persona ammalata: un silenzio potrebbe sottendere non l'assenza di comprensione ma la faticosa elaborazione di una risposta

LINGUAGGIO- FASE GRAVE

SITUAZIONI FREQUENTI:

- Negli stadi più avanzati della malattia, il linguaggio è caratterizzato dalla ripetizione di filastrocche, preghiere o sillabe
- La capacità di comprensione è gravemente intaccata
- Gli aspetti non verbali del linguaggio (il tono, il tempo della comunicazione, la gestualità, lo sguardo, la postura, ecc.) mantengono un certo potere comunicativo

COME INTERVENIRE?

Anche la persona più gravemente deteriorata potrebbe capire, anche solo parzialmente, ciò che le stiamo dicendo, perciò è doveroso esprimersi sempre con il massimo rispetto della sua sensibilità, evitando affermazioni o atteggiamenti che potrebbero arrecarle tristezza, umiliazione o vergogna

DEFICIT DELLE ABILITA' PRASSICHE

Le **Capacità Prassiche** consistono nell'abilità di programmare nella giusta sequenza i gesti complessi finalizzandoli al raggiungimento di uno scopo.

SITUAZIONI FREQUENTI:

- Progressiva perdita della capacità di utilizzo di oggetti di uso comune (posate, pettine, spazzolino da denti, ecc.)
- Esecuzione scorretta di una sequenza gestuale complessa
- Difficoltà ad eseguire gesti semplici su imitazione di altri
- Difficoltà a vestirsi

PERCHE' CIO' ACCADE?

Il malato diviene progressivamente incapace di rappresentarsi mentalmente la sequenza gestuale che dovrà portarlo al compimento di un atto ed è destinato a perdere progressivamente le proprie abilità funzionali: **APRASSIA**.

Dall'impossibilità di gestire le normali attività di vita quotidiana alla completa dipendenza del malato da chi lo accudisce. Alcuni gesti automatizzati, tuttavia, possono essere eseguiti con un bassissimo livello di attenzione e in modo automatico, pertanto possono essere svolti anche nelle fasi avanzate della malattia (**MEMORIA PROCEDURALE**)

COME INTERVENIRE?

- Sostituirsi al comportamento deficitario **ESCLUSIVAMENTE** dove la persona non riesce da sola
- Modulare le richieste al livello cognitivo e funzionale residuo
- Scomporre gesti complessi in gesti semplici, indicando i singoli passaggi uno alla volta (es. abbigliamento)
- Incoraggiare frequentemente l'ospite durante l'esecuzione e rassicurarlo quando il compito non viene portato a termine in modo corretto
- Correggere gli errori con tatto: l'ospite sbaglia a causa di un deficit, non per volontà o dispetto
- Condizioni ambientali facilitanti (es. evitare eccesso di stimoli)
- Sfruttare gli automatismi residui

Fare comunque attenzione ad eventuali patologie o farmaci che possono compromettere le capacità funzionali del malato

I DEFICIT DELLE EMOZIONI

Le risposte emotive della persona con demenza **NON** subiscono lo stesso declino delle principali abilità cognitive.

Molto spesso, infatti, i sentimenti e le risposte emotive si preservano intatti, diventando però più intensi: rabbia, gioia, dolore ed eccitazione vengono sperimentati con estrema facilità

PERCHE' ACCADE?

Poiché la memoria subisce una considerevole compromissione, ciò che accade in ogni singolo istante si ripercuote in modo significativo sul "sentire" della persona, condizionando il suo stato d'animo

COME INTERVENIRE?

- Le emozioni rappresentano lo strumento più importante per motivare la persona con
- Demenza
- Qualsiasi attività svolta in un ambiente divertente e piacevole contribuisce al benessere della persona, stimola la sua partecipazione e aumenta la possibilità che ne resti traccia in memoria
- E' necessario valorizzare la persona nella sua individualità, adattando il tipo di attività alle possibilità personali
- Privilegiare attività che rafforzano il senso di identità, il desiderio di sentirsi utili e la gratificazione personale

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO O SINTOMI NON COGNITIVI DELLA DEMENZA

Nella demenza, il peggioramento e la perdita di alcune funzioni cognitive, causano una ridotta Capacità di analisi e comprensione della realtà, portando la persona a mettere in atto con più facilità condotte inadeguate.

DISTURBI COMPORTAMENTALI PIU' DIFFUSI:

- Agitazione e aggressività
- Allucinazioni e deliri
- Disinibizione
- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi del comportamento motorio
- Disturbi del sonno
- Apatia
- Depressione

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: AGITAZIONE e AGGRESSIVITA'

L'aggressività e l'agitazione sono quasi sempre delle reazioni difensive verso qualcosa da cui il malato si sente minacciato perché confuso e non in grado di ben interpretare ciò che sta accadendo. Questo comportamento può manifestarsi sia sotto forma di aggressività verbale (insulti, parolacce, bestemmie, maledizioni, linguaggio scurrile) che, più raramente, sotto forma di aggressività fisica: il malato picchia, graffia, cerca di mordere, scalcia, sputa, oppone resistenza, respinge.

[illegible]

SITUAZIONI FREQUENTI:

- La persona chiede ripetutamente qualcosa ("che ora è?", "andiamo in bagno?", "usciamo?", ...) o notizie di qualcuno che deve arrivare
- Riferisce di aver paura di qualcosa ma non sa dire cosa
- Non si vuole lavare e reagisce ai tentativi degli operatori con reazioni aggressive, fisiche e/o verbali.

PERCHE' ACCADE?

- La persona ha difficoltà ad eseguire un compito che prima portava a termine con facilità
- Non riesce a ricordare un episodio appena accaduto
- Non riesce a comprendere (decodificare) alcuni stimoli ambientali
- Non riesce ad esprimere il disagio/dolore fisico in altro modo
- Può essere una risposta a difficoltà ambientali (un cambiamento nell'arredo che causa disorientamento; l'assenza di una routine o abitudini stabili)
- Può essere la conseguenza di un'allucinazione

AGITAZIONE: COME INTERVENIRE?

- Cercare di rimanere calmi
- Ascoltare la persona e il disagio che esprime e cercare di capire se c'è un fattore che ha scatenato il disturbo
- Rassicurare e confortare la persona con un tono di voce calmo
- Cercare di distrarre il malato coinvolgendolo in attività che è ancora in grado di svolgere, per sostenere il suo senso di auto efficacia

QUALI COMPORTAMENTI EVITARE?

- Non intervenire in più persone per calmarlo
- Non bloccare la persona, ma lasciarla libera di muoversi
- Evitare ambienti rumorosi

AGGRESSIVITA': COME INTERVENIRE?

- Ridurre al minimo le situazioni che creano ansia (ad esempio, evitare di far fare all'ospite cose che non è più in grado di fare)
- Rassicurare la persona mantenendo la calma: la comunicazione non verbale è percepita anche in stadi avanzati della demenza
- Mostrarsi sereni, sicuri, autorevoli
- Rispettare i tempi del malato
- Rinviare ciò che ha scatenato la reazione aggressiva (ad esempio, il momento del bagno: spesso succede che la stessa attività proposta in un altro momento ottenga una reazione diversa)

QUALI COMPORTAMENTI BISOGNEREBBE EVITARE?

- Non mostrarsi offesi, non farsi vedere impauriti, non provare a discutere o ad usare la forza
- Non rimproverare la persona
- Non punirlo o farsi promettere che non lo rifarà
- Non sottovalutare l'importanza delle cause organiche che possono aver scatenato il comportamento aggressivo

Ricordare sempre che il comportamento della persona con demenza NON è intenzionale!

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: I DELIRI

I **deliri** sono convinzioni errate della realtà, che condizionano il comportamento della persona con Demenza.

SITUAZIONE COMUNE:

La persona con demenza è convinta che un familiare/persona a lei vicina le rubi i soldi

PERCHE' ACCADE?

Può accadere che la persona con demenza non ricordi dove ha riposto i propri soldi; talvolta capita che li nasconda ma poi non ricordi più di averlo fatto. Non riuscendo a spiegarsi la sparizione del denaro, la

persona attribuisce la causa dell'accaduto ad un furto. Spesso è proprio il familiare ad essere incolpato di ladrocinio, perché la persona con demenza si ricorda meglio di lui, rispetto a qualsiasi altra persona. I forti vissuti di ansia collegati all'accaduto, contribuiscono ad alimentare inconsapevolmente il delirio.

SITUAZIONI FREQUENTI:

La persona convinta che i propri genitori siano ancora vivi e chiede notizie della madre

PERCHE' ACCADE?

Conseguenza del deficit di memoria, manifestazione di disagio o mezzo attraverso il quale, inconsapevolmente, la persona cerca di far fronte a realtà angoscianti

COME INTERVENIRE?

- Capire qual'è la convinzione delirante
- Non mettere in discussione la convinzione erronea (aumenta l'angoscia favorendo condotte di tipo aggressivo)
- Fornire alla persona gli elementi mancanti che permettono di formarsi un'interpretazione migliore della realtà
- Per rassicurare la persona, cercare di spiegare la situazione usando gli stessi elementi del delirio

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: LE ALLUCINAZIONI

Le allucinazioni sono percezioni sensoriali (prevalentemente visive o uditive) che avvengono in assenza di stimoli esterni. Il malato vede o sente cose che non esistono (per esempio persone, animali, fuoco, voci, odori o sapori strani) ed è pienamente convinto della reale esistenza di ciò che vede o sente.

SITUAZIONI FREQUENTI:

- La persona vede degli insetti che camminano lungo il muro

PERCHE' ACCADE?

- Percezioni sensoriali in assenza di stimoli esterni
- Percezioni alterate della realtà

COME INTERVENIRE?

- Non cercare di contrastare la percezione errata (se non vi è consapevolezza è molto difficile modificare le convinzioni)
- Cercare di capire la causa dell'allucinazione
- Apportare modifiche all'ambiente

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: LA DISINIBIZIONE

Come disinibizione si intendono tutti quei comportamenti ritenuti socialmente inappropriati che sono determinati da una scarsa capacità di giudizio, dall'attenzione esclusiva sulla propria persona e dall'impulsività.

SITUAZIONI FREQUENTI:

- Comportamenti inappropriati ed esibizionisti in situazioni sociali
- Disinibizione verbale (es. la persona inizia ad usare un linguaggio scurrile e offensivo anche se è sempre stata molto educata e/o religiosa)
- Comportamenti seduttivi o a carattere sessuale

PERCHE' ACCADE?

Il comportamento disinibito è una conseguenza del danno cerebrale e pertanto NON è intenzionale

COME INTERVENIRE?

- NON è utile rimproverare la persona, quanto piuttosto cercare di interrompere il comportamento in questione, distraendola
- È utile prestare attenzione agli aspetti non-verbali come l'espressione del volto e il tono della voce dell'ospite, al fine di comprendere l'eventuale disagio espresso
- Cercando di mantenere un atteggiamento fermo ma non offensivo, informare l'ospite che questo tipo di comportamento non è gradito

- Valutare la possibilità che la persona possa averci scambiato per qualcun altro (ad esempio, per la moglie) e si riferisca a noi in tal senso
- Cercare di capire se la persona che si spoglia non stia cercando di esprimere un bisogno fisico, come la sensazione di caldo o la necessità di andare al bagno

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: L'ALIMENTAZIONE

SITUAZIONI FREQUENTI:

- L'ospite consuma di grandi quantità di cibo in poco tempo/ ingerisce materiali non commestibili
- Durante il pasto, sputa i pezzi di cibo più solido
- Rumina il cibo senza deglutire
- Ha difficoltà a mangiare e bere a sufficienza
- Richiede continuamente cibo

PERCHE' ACCADE?

- Il consumo di grandi quantità di cibo e l'ingestione di materiali non commestibili, sono comportamenti causati dal danno cerebrale
- Il deficit di memoria può impedire alla persona di ricordare di aver già mangiato/bevuto
- L'ospite sputa i pezzi di cibo solido perché li percepisce come corpi estranei

COME INTERVENIRE?

- Limitare la quantità di cibo a disposizione ed eliminare dall'ambiente materiali non commestibili
- Verificare che durante il pasto non vi siano condizioni ambientali confusive, che possono favorire condotte inadeguate
- Se l'ospite è molto richiestivo, può essere utile tenere a disposizione qualche boccone o alimento di facile somministrazione; altrettanto utile può essere distrarlo tenendolo occupato in altre attività che risultino per lui piacevoli
- Quando fatica a mangiare, è utile frazionare i pasti principali in tanti spuntini, cercando alimenti e bevande graditi
- Cercare di non spazientirsi: l'ospite non andrebbe mai deriso o rimproverato

[illegible]

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: ATTIVITA' MOTORIA ABERRANTE

Questo disturbo di solito si manifesta con due tipologie di comportamento: il vagabondaggio e l'affaccendamento.

Il vagabondaggio consiste sostanzialmente in un'attività di deambulazione incessante del malato che tende a continuare a camminare senza una meta e uno scopo precisi, rispondendo a un impulso/bisogno interiore incontrollabile. L'affaccendamento indica invece tutti quei gesti e comportamenti ripetitivi svolti senza una finalità apparente.

SITUAZIONI FREQUENTI

- L'ospite cammina ininterrottamente per moltissime ore e senza mai mostrare segni di stanchezza
- Appare indaffarato in attività prive di un fine logico
- Girovaga per casa perdendo di vista l'obiettivo che si era prefissato o va in cerca di qualcosa (un libro, una valigia, ecc.) che non esiste affatto

PERCHE' ACCADE?

- Spesso questi comportamenti sono indicatori di ansia
- Alcuni stimoli ambientali che causano disagio possono innescare il vagabondaggio
- Il malato dimentica le finalità per cui si era alzato e l'ansia che ne consegue, lo spinge a continuare a camminare

COME INTERVENIRE?

- Assecondare l'impulso dell'ospite a camminare, senza cercare di bloccarlo
- Intervenire sull'ambiente esterno, consentendo sufficiente spazio per spostarsi in sicurezza
- Se si nota che l'ospite è stanco, proporgli attività semplici che lo interessino per indurlo a riposare
- Prestare particolare attenzione alle condizioni generali dell'ospite per evitare malnutrizione e disidratazione
- Predisporre spazi ai quali l'ospite possa accedere liberamente per rovistare, riporre e affaccendarsi (es. cassetti contenenti materiali che possa manipolare senza pericoli, come indumenti vecchi, stracci, federe, ecc..)
- Cercare di "mascherare" con accorgimenti ambientali gli oggetti a cui è preferibile che l'ospite non presti attenzione

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO-VEGLIA

Il sonno diventa più leggero e frammentato e nelle fasi più avanzate il paziente tende a confondere le varie fasi del giorno presentando iperattività notturna e sonnolenza nelle ore diurne

SITUAZIONI FREQUENTI

L'ospite ha il sonno leggero e si sveglia più volte in una sola notte, fino ad arrivare a scambiare il giorno con la notte.

PERCHE' ACCADE?

- Cause di tipo medico (es. un dolore che non si riesce a comunicare) o farmacologico (es. effetti collaterali farmaci)
- L'ospite dorme troppo/ si stanca troppo poco durante la giornata

COME INTERVENIRE?

- Escludere cause di tipo medico
- Evitare che durante la giornata l'ospite dorma troppo, incrementando il suo coinvolgimento in varie attività
- Evitare l'assunzione serale di composti stimolanti (caffè, tè, tabacco,...)
- Intervenire sull'ambiente per lasciare la persona il più possibile libera di muoversi in sicurezza di notte (illuminazione, rimozione ostacoli, ecc.)

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: L'APATIA

L'apatia si manifesta sotto forma di inerzia motoria e comportamentale

SITUAZIONI FREQUENTI:

L'ospite non mostra interesse verso il mondo che lo circonda, è poco attivo e sembra indifferente

PERCHE' ACCADE?

In genere l'apatia compare nella fase intermedia della malattia, anche se in alcune forme di demenza può costituire uno dei primi sintomi

COME INTERVENIRE?

- Cercare di stimolare l'ospite ogni qualvolta sia possibile (es. durante il momento del pasto, durante il bagno, ecc.)
- Sfruttare automatismi motori quali canto, ballo, ripetizione di filastrocche, per cercare smuovere il malato dallo stato di inerzia e favorire l'interazione
- Non dimenticare che l'apatia è un disturbo del comportamento, anche se non disturba chi si prende cura della persona malata!!!

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: LA DEPRESSIONE**SITUAZIONI FREQUENTI:**

- L'ospite manifesta profondo malessere, tristezza e piange spesso
- Lamenta dolori vaghi e diffusi, dorme meno, appare stanco, affaticato o nervoso (depressione mascherata)
- Perdita dell'appetito e calo di peso

[illegible]

PERCHE' ACCADE?

- Nelle prime fasi della malattia la persona è spesso consapevole dei propri deficit e la depressione ne è una comprensibile conseguenza
- Talvolta, tuttavia, i vissuti emotivi possono anche apparire eccessivi e scatenare nella persona con demenza delle reazioni di tipo "catastrofico": il più delle volte, in questi casi, la causa risiede in un'interpretazione scorretta della realtà

COME INTERVENIRE?

- Mostrare interesse ed ascoltare qual'è il disagio espresso
- Accettare i vissuti della persona e cercare, per quanto possibile, di ridare significato alla sua vita, valorizzandone i punti di forza e sostenendone gli interessi
- Stimolare attività fisica, hobby ed occupazioni
- Valutare la possibilità che l'ospite stia esprimendo la depressione sotto forma di disturbi di tipo fisico (depressione mascherata) per intervenire all'origine del disturbo
- Quando l'ospite presenta un'ideazione catastrofica, aiutare con tranquillità a chiarire la situazione o gli stimoli che hanno determinato l'ansia
- Richiedere l'intervento di figure specializzate (intervento psicologico di sostegno e intervento medico per valutare la necessità di un'eventuale terapia farmacologica)

RELAZIONE TRA DOLORE E DEPRESSIONE

- L'anziano con depressione avverte di più il dolore
- L'anziano con depressione può manifestare il proprio disagio attraverso sintomi fisici (depressione mascherata)
- Un dolore cronico può essere considerato l'espressione di una depressione altrimenti silente (alessitimia)
- La presenza di una sintomatologia dolorosa cronica può indurre depressione
- Le sovrapposizioni tra sintomatologia dolorosa e depressiva possono aggravare il quadro clinico generale
- Dolore-depressione: meccanismo dell'impotenza appresa (helplessness)

RICONOSCERE IL DOLORE

Non vi è ragione per ritenere che i soggetti affetti da decadimento cognitivo abbiano un rischio minore di soffrire condizioni patologiche dolorose rispetto ai soggetti sani di pari età: **ASSENZA DI LAMENDELE NON SIGNIFICA ASSENZA DI DOLORE!**

La LEGGE 38/2010 "**Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore**" afferma che :

PRINCIPI FONDAMENTALI:

- Tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione
- Tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine
- Adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia

AL FINE DI ASSICURARE:

- il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona
- il bisogno di salute
- l'equità nell'accesso all'assistenza
- la qualità delle cure
- la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze

IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEI CONTESTI ASSISTENZIALI:

Nei contesti di assistenza, il dolore geriatrico è spesso sottostimato e sotto trattato. La gestione del dolore rappresenta una sfida per i contesti assistenziali: migliorare la capacità di riconoscere e trattare il dolore significa, migliorare al contempo la qualità di vita dell'ospite e la qualità del servizio di assistenza!

Spesso l'ospite con demenza non è in grado di esprimere le proprie sensazioni dolorose e pertanto occorre prestare attenzione a modalità espressive differenti:

- OSSERVAZIONE FISICA DELL'OSPITE: espressioni del viso, respirazione difficoltosa, ipertono muscolare

- **OSSERVAZIONE DEL COMPORTAMENTO:** agitazione, irritabilità, disturbi del sonno, diminuzione dell'appetito, alterazioni tono dell'umore.

PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DOLORE:

- **ACUTO:** dolore intenso di durata limitata; generalmente ha un rapporto causale e temporale con il danno tissutale e serve per allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi
- **CRONICO:** risposta da mal adattamento al dolore; la condizione patologica che provoca il dolore può essere nota ma non trattabile; la sua persistenza provoca depressione e ansia.
- **PROCEDURALE:** legato alle manovre assistenziali. È prevedibile perciò va evitato.

COME GESTIRE IL DOLORE NELL'ANZIANO:

- Approfondire eziologia, manifestazioni e impatto del dolore sullo stato funzionale dell'anziano
- Raccolta della storia clinica, indagini di laboratorio e valutazione del trattamento terapeutico seguito
- Particolare attenzione alla valutazione soggettiva del dolore da parte dell'anziano
- Laddove l'autovalutazione sia impossibile (gravi condizioni cliniche), stimare la presenza di dolore attraverso l'utilizzo di scale di osservazione validate
- Sulla base delle necessità emerse, pianificare un trattamento multidisciplinare attento ed individualizzato volto alla gestione del dolore e al suo monitoraggio

DOVE INTERVIENE L'OPERATORE?

L'operatore gioca un ruolo fondamentale a tutti i livelli!

- È il principale interlocutore dell'anziano
- Ha maggiori occasioni di individuare le manifestazioni del dolore e le diverse forme di espressione
- Può verificare l'impatto del dolore sullo stato funzionale dell'anziano
- Può monitorare l'efficacia del trattamento

...PUO' FARE LA DIFFERENZA NELLA GESTIONE DEL DOLORE!

I VISSUTI DELL'OPERATORE

L'assistenza all'ospite con demenza non è semplice e genera negli operatori dei sentimenti che andranno inevitabilmente a condizionare la qualità dell'assistenza. Ma come è possibile acquisire consapevolezza dei sentimenti che influenzano il nostro lavoro?

La parola **TRANSFERT** descrive i sentimenti che gli utenti hanno verso di noi e che noi crediamo di poter facilmente controllare. La parola **CONTROTRANSFERT** si riferisce invece a tutti i sentimenti che proviamo nei confronti degli utenti e che viviamo direttamente in prima persona. Per comprendere tali sentimenti è necessario prestare attenzione alle reazioni emotive particolarmente intense da parte dell'operatore e ai comportamenti/reazioni atipiche degli utenti.

CAMPANELLI D'ALLARME PER L'OPERATORE:

- Depressione/disagio nel contatto con certi pazienti o familiari
- Trascuratezza nel rispettare gli accordi
- Sensazione di stanchezza nel relazionarsi con l'ospite o con la sua famiglia
- Asprezza nel formulare commenti
- Trattare l'ospite come se fosse un nostro familiare, facendo per lui cose che per altri ospiti non si farebbero
- Insistere su certe questioni, arrivando allo scontro con l'ospite o la famiglia
- Forte desiderio di dedicarsi al pettegolezzo professionale riguardo a un paziente o un familiare
- Improvviso aumento/diminuzione di interesse per un determinato caso

COME AFFRONTARE QUESTI PROBLEMI?

- Cercare di prevenire il burn out (supervisione, consulenza, sostegno, formazione)
- Evitare di "sostituirsi" al familiare
- Evitare di farsi coinvolgere nei triangoli relazionali delle famiglie
- Cercare di astenersi dal giudizio riguardo le scelte della famiglia rispetto al proprio congiunto
- Evitare di "dare troppo di se stessi" sul lavoro
- Cercare di riconoscere e accettare i propri sentimenti, cercando di risolvere i propri problemi piuttosto che negarli o addossarli agli utenti

RICORDARE SEMPRE CHE...

- Per la persona con demenza ogni giorno è un nuovo giorno: è necessario adattare le proprie strategie e comportamenti a seconda delle mutate necessità
- Favorire la routine può apparire noioso per l'operatore, ma diminuisce l'ansia dell'ospite, aumentando la sua possibilità di sperimentare successo nelle diverse attività
- Con la progressione della malattia è bene correggere la complessità delle richieste per adattarle alle capacità residue della persona, evitandone così la frustrazione

Lavorando sempre sulla MOTIVAZIONE personale: per “dare un senso” alla vita di ogni giorno!

AMBIENTE PROTESICO

L'ambiente protesico è un luogo sicuro che permette all'anziano di muoversi e orientarsi autonomamente, preservando le proprie capacità residue.

INTERVENTI PER RENDERE SICURO L'AMBIENTE

- **PORTE:** andrebbero interdetti all'ospite tutti i locali adibiti a deposito o zone di pericolo (biancheria, materiale di pulizia, attrezzi, ausili, vano ascensore). Negli spazi comuni andrebbero evitate le porte e bisognerebbe togliere le chiavi dalle porte interne poiché la persona potrebbe chiudersi dentro ad una stanza con facilità ma non essere poi più in grado di uscire. Dove occorre, bisognerebbe applicare chiavistelli/catenacci in alto, dove la persona con demenza tende a non guardare;
- **FINESTRE E BALCONI:** dovrebbero consentire di guardare all'esterno senza sporgersi ed essere dotate di vetri anti-urto; per ridurre al minimo il rischio che la persona possa scavalcare, le aperture delle finestre andrebbero sostituite con maniglie estraibili (a scomparsa), difficilmente identificabili o con aperture a vasistas;
- **PAVIMENTO:** evitare pavimentazioni che presentano deformazione sotto carico o con giunti evidenti ed evitare disegni complessi sul pavimento. Scegliere tipi di pavimentazione che consentano di camminare agevolmente (trascinamento dei piedi), avendo cura che le soglie, le passatoie e gli eventuali tappeti siano incassati nel pavimento. Eliminare tappeti, cavi, fili e oggetti che possono far inciampare la persona; evitare di utilizzare cera per pavimenti o sostituirla con cere antiscivolo;
- **OGGETTI PERICOLOSI:** chiudere a chiave qualsiasi materiale potenzialmente tossico (detersivi, detergenti, disinfettanti) e riporre in luoghi inaccessibili gli oggetti pericolosi e taglienti (coltelli, forbici, ecc.) per evitare che la persona con demenza possa inavvertitamente ferirsi o ingerire sostanze nocive;
- **ELETTRODOMESTICI:** controllare la sicurezza di fornelli, spine, prese e cavi elettrici.

INTERVENTI PER FAVORIRE L'ORIENTAMENTO DELL'OSPITE

- **COSTANZA:** cercare di mantenere invariato l'ambiente; riporre le cose sempre nello stesso posto; evitare di cambiare spesso gli arredi, cercando di mantenere gli oggetti ai quali la persona è legata emotivamente;
- **SEMPLICITA':** semplificare la scelta delle cose da utilizzare ponendo un numero limitato di alternative (ad esempio, lasciare nell'armadio solo i capi di abbigliamento utilizzati);
- **SICUREZZA:** porre lungo i muri un corrimano per consentire all'anziano di spostarsi in sicurezza. Il corrimano dovrebbe servire sia come elemento di sostegno che di appoggio, pertanto dovrebbe essere continuo, di materiale, forma, altezza (89-90cm) e colore adeguati;
- **SEGNALETICA:** utilizzare disegni e scritte da applicare sulle porte per indicare cosa si trova nella stanza (ad esempio, disegno indicante un wc sulla porta del bagno, disegno indicante un letto sulla porta della camera, ecc.); organizzare l'ambiente in modo pratico e funzionale; evidenziare il tragitto dalla camera al bagno, durante il quale la persona può perdersi, tracciando il percorso con un nastro adesivo colorato.

[illegible]

ALTRI SUGGERIMENTI

- **ILLUMINAZIONE:** garantire sempre un'illuminazione adeguata degli ambienti per facilitarne l'utilizzo;
- **CONTRASTI:** utilizzare i contrasti cromatici per mettere in risalto ciò che si vuole rendere più evidente;
- **COLORE:** nella scelta cromatica degli ambienti, adottare colori diversificati per aree funzionali. Gli arredi fruibili dovrebbero avere un colore contrastante e ben visibile rispetto allo sfondo (discriminazione); i colori andrebbero utilizzati anche per rendere meno evidente ciò da cui si vuole far distogliere l'attenzione (ad esempio, dipingendo le porte interamente, compresa la maniglia, dello stesso colore della parete);
- **OGGETTI:** prestare attenzione agli oggetti che possono favorire comportamenti di tipo ansioso a causa delle difficoltà di percezione e identificazione della persona con demenza (ad esempio: specchi, superfici lucide, televisione, ecc.). Gli arredi dovrebbero avere forme e materiali familiari al paziente.

L'ASSISTENZA QUOTIDIANA : I CASI

1. **SITUAZIONE:** LA PERSONA NON VUOLE ENTRARE NELLA VASCA DA BAGNO E SEMBRA SPAVENTATO
2. **SITUAZIONE:** DURANTE IL BAGNO LA PERSONA MANIFESTA AGITAZIONE PSICOMOTORIA E AGGRESSIVITA'
3. **SITUAZIONE:** LA PERSONA RIFIUTA DI LAVARSI DICHIARANDO DI AVERLO GIA' FATTO DI RECENTE E DI NON AVERNE BISOGNO
4. **SITUAZIONE:** LA PERSONA CONFONDE IL WC CON IL BIDET
5. **SITUAZIONE:** LA PERSONA ESPLETA I PROPRI BISOGNI FISIOLGICI IN LUOGHI IMPROPRI
6. **SITUAZIONE:** LA PERSONA SI PERDE NEL TRAGITTO CAMERA-BAGNO E NON RIESCE A RISPONDERE AI PROPRI BISOGNI FISIOLGICI IN MANIERA AUTONOMA
7. **SITUAZIONE:** LA PERSONA SI SPOGLIA IN SPAZI PUBBLICI
8. **SITUAZIONE:** LA PERSONA PRESENTA UN CONTROLLO SFINTERICO ALTERATO
9. **SITUAZIONE:** LA PERSONA RIFIUTA IL CIBO E REAGISCE AI TENTATIVI DI IMBOCCARLO CON COMPORTAMENTI AGGRESSIVI
10. **SITUAZIONE:** LA PERSONA SI AGITA MOLTO QUANDO PRANZA IN SPAZI COMUNI
11. **SITUAZIONE:** LA PERSONA E' MOLTO LENTA A BERE E DEVE ESSERE STIMOLATA CONTINUAMENTE PER FINIRE IL BICCHIERE
12. **SITUAZIONE:** LA PERSONA NON MANGIA, SAREBBE AUTONOMA MA DEVE ESSERE IMBOCCATA
13. **SITUAZIONE:** LA PERSONA VUOLE INDOSSARE INDUMENTI INAPPROPRIATI RISPETTO ALLA STAGIONE CORRENTE
14. **SITUAZIONE:** LA PERSONA E' MOLTO AGITATA E FARLA RAGIONARE NON SERVE, ANZI SEMBRA AUMENTARNE L'AGITAZIONE
15. **SITUAZIONE:** LA PERSONA ROVISTA IN ARMADI E CASSETTI SENZA LOGICA, METTENDO IN DISORDINE LE COSE
16. **SITUAZIONE:** LA PERSONA MANIFESTA AGITAZIONE O AGGRESSIVITA' SENZA MOTIVO, DOPO UNA GIORNATA TRASCORSA IN MODO TRANQUILLO
17. **SITUAZIONE:** LA PERSONA CON CONTENZIONE FISICA MANIFESTA AGITAZIONE E AGGRESSIVITA' SENZA UN MOTIVO APPARENTE
18. **SITUAZIONE:** LA PERSONA, PUR AVENDONE LE CAPACITA', SI MUOVE RARAMENTE IN MODO AUTONOMO ANCHE SE STIMOLATA A FARLO
19. **SITUAZIONE:** LA PERSONA SI PIEGA COME SE DOVESSE RACCOGLIERE QUALCOSA SUL PAVIMENTO, FISSA IL MURO E LO TOCCA COME SE CI FOSSE QUALCOSA DI ATTACCATO
20. **SITUAZIONE:** LA PERSONA DIMENTICA FATTI RECENTI MA RICORDA PERFETTAMENTE EPISODI RELATIVI ALL'INFANZIA
21. **SITUAZIONE:** LA PERSONA E' CONVINTA CHE IL CONIUGE O I GENITORI DEFUNTI SIANO ANCORA VIVI
22. **SITUAZIONE:** LA PERSONA NON VUOLE ANDARE A LETTO PERCHE' E' CONVINTA CHE CI SIA UN SERPENTE SUL COMODINO
23. **SITUAZIONE:** LA PERSONA SI AGITA PERCHE' RIFERISCE LA PRESENZA DI INTRUSI/LADRI
24. **SITUAZIONE:** LA PERSONA CERCA RIPETUTAMENTE DI APRIRE PORTE CHE DANNO ACCESSO A SPAZI ESTERNI O A ZONE PERICOLOSE (vano scale, ripostigli, magazzini, etc.)

25. **SITUAZIONE:** LA PERSONA PARTECIPA PASSIVAMENTE ALLE ATTIVITA' RICREATIVE CHE GLI VENGONO PROPOSTE
26. **SITUAZIONE:** LA PERSONA NON PARLA PIU' COME PRIMA, USA I TERMINI "COSO/COSA" PER DEFINIRE PERSONE E OGGETTI
27. **SITUAZIONE:** LA PERSONA SI DISTRAE FACILMENTE, FATICA A SOSTENERE LA CONVERSAZIONE E PERDE IL FILO DEL DISCORSO
28. **SITUAZIONE:** LA PERSONA FA SEMPRE LE STESSE DOMANDE
29. **SITUAZIONE:** L'OPERATORE INVITA LA PERSONA A SEDERSI MA QUESTI SI RIFIUTA, REAGENDO CON AGITAZIONE
30. **SITUAZIONE:** LA PERSONA VIENE TROVATA A DORMIRE IN LETTI ALTRUI E SI AGITA MOLTO SE VIENE SVEGLIATA
31. **SITUAZIONE:** MENTRE STA GUARDANDO LA TELEVISIONE LA PERSONA SI AGITA MOLTISSIMO SENZA MOTIVI APPARENTI
32. **SITUAZIONE:** VERSO SERA LA PERSONA SI AGITA SENZA CHE CI SIANO MOTIVI EVIDENTI, CHIEDENDO DI TORNARE A CASA
33. **SITUAZIONE:** LA PERSONA SI AGITA E RIFIUTA DI RISPONDERE A DOMANDE SEMPLICI DELLA SUA STORIA PERSONALE
34. **SITUAZIONE:** LA PERSONA CHE NON HA MAI PRESENTATO SEGNALI DI DELIRIO INIZIA A DICHIARARE CHE GLI ALTRI ANZIANI PARLANO MALE DI LUI/LEI
35. **SITUAZIONE:** LA PERSONA E' DISINIBITA, USA UN LINGUAGGIO NON CONSONO, OFFENSIVO O PROVOCATORIO (ANCHE SESSUALMENTE)
36. **SITUAZIONE:** LA PERSONA DORME MOLTE ORE DURANTE IL GIORNO
37. **SITUAZIONE:** LA PERSONA CON CONTENZIONE FISICA MANIFESTA AGITAZIONE E CERCA DI STRAPPARE LA CINTURA DI CONTENZIONE

L'ASSISTENZA QUOTIDIANA: L'IGIENE PERSONALE

SITUAZIONE TIPICA: l'ospite rifiuta di fare il bagno o manifesta agitazione psicomotoria durante lo svolgimento di tale attività

PERCHE' ACCADE?

- La persona è convinta di essersi già lavata o ritiene di non averne bisogno
- Non vuole interrompere/ preferisce svolgere un'altra attività
- Ha paura: le difficoltà percettive e di orientamento fan sì che cose insospettabili possano divenire fonte di paura (profondità dell'acqua, paura di cadere, colore pavimenti e arredi,...)
- Si sente forzato, imbarazzato, impaurito

SITUAZIONE 1: LA PERSONA NON VUOLE ENTRARE NELLA VASCA DA BAGNO E SEMBRA SPAVENTATO

I deficit cognitivi possono impedire al malato di percepire la giusta profondità dell'acqua e ciò può provocare ansia e paura nell'anziano. Porre sul fondo della vasca un tappetino antiscivolo colorato può aiutare la persona a percepire la giusta profondità dell'acqua.

SITUAZIONE 2: DURANTE IL BAGNO LA PERSONA MANIFESTA AGITAZIONE PSICOMOTORIA E AGGRESSIVITA'

La difficoltà a comprendere la situazione può essere fonte di paure. Adattare l'ambiente fisico adottando accorgimenti che diano sicurezza (ausili che consentano al malato di sedersi, maniglioni di appoggio, tappetini antiscivolo, ecc.). Cercare di rendere il bagno un momento tranquillo e quanto più possibile piacevole. Gli anziani, in particolare le donne, possono essere molto pudici e la reazione aggressiva può essere una risposta di difesa al sentimento di vergogna provato.

Rispettare il bisogno di privacy e la dignità della persona: ad esempio, a volte può essere d'aiuto fornire un telo (una traversa o una federa) da tenere anche durante il bagno per coprirsi: spesso anche ospiti con demenze di grado avanzato ne fanno uso! L'ospite può manifestare agitazione e aggressività perché si sente privato della possibilità di provvedere ai propri bisogni autonomamente. Garantire l'assistenza necessaria senza privare l'ospite della propria indipendenza: incentivare l'ospite a collaborare (ad esempio, fornendogli una spugna per insaponarsi durante il bagno) può stimolare un atteggiamento di apertura che favorisce la collaborazione!

SITUAZIONE 3: LA PERSONA RIFIUTA DI LAVARSI DICHIARANDO DI AVERLO GIA' FATTO DI RECENTE E DI NON AVERNE BISOGNO

L'ospite non vuole interrompere/ preferisce svolgere un'altra attività o rifiuta di collaborare in quel momento.
"Contrattare" con la persona la scelta del momento del bagno, favorendo la creazione di una routine:

diminuisce il livello di ansia e favorisce il diritto all'autodeterminazione dell'anziano. Il momento del bagno può risultare imbarazzante o spiacevole a causa della nudità e della percezione di confusione/impotenza. Aver cura che sia un operatore dello stesso sesso a gestire il bagno e proporre una collaborazione, pur minima, può favorire una percezione di minor imbarazzo e quindi una minor oppositività alle successive richieste.

RIASSUMENDO: COME INTERVENIRE?

- “Contrattare” con l'ospite la scelta del momento del bagno, favorendo la creazione di una routine
- Adattare l'ambiente fisico adottando accorgimenti che diano sicurezza (ambiente protesico)
- Rispettare il bisogno di privacy e la dignità dell'ospite rispettando le sue abitudini
- Garantire l'assistenza necessaria senza privare l'ospite della propria indipendenza
- Cercare di rendere il momento del bagno un'esperienza piacevole

L'INCONTINENZA

SITUAZIONE TIPICA: la persona manifesta incontinenza urinaria. L'incontinenza fecale è più comune negli ultimi stadi della malattia.

PERCHE' ACCADE?

- Cause fisiche (es. i farmaci ad azione sedativa possono aumentare lo stato di confusione riducendo lo stato di vigilanza dell'anziano, andando ad incidere di conseguenza sulla capacità dell'ospite di riconoscere e trattenere lo stimolo)
- Patologie concomitanti
- Deficit di memoria (es. non ricorda la sequenza di gesti da compiere per spogliarsi e pulirsi dopo aver effettuato i propri bisogni)
- Disorientamento (es. non trova o non riconosce il bagno oppure una volta raggiunto non riconosce il wc)
- Difficoltà di comunicazione verbale dei propri bisogni fisiologici

SITUAZIONE 4: LA PERSONA CONFONDE IL WC CON IL BIDET

Utilizzare i contrasti cromatici per mettere in risalto ciò che si vuole rendere più evidente: utilizzare un copri-tavola colorato per favorire l'identificazione immediata del WC.

SITUAZIONE 5: LA PERSONA ESPLETA I PROPRI BISOGNI FISILOGICI IN LUOGHI IMPROPRI

Aiutare la persona a orientarsi utilizzando disegni e scritte: applicare sulla porta del bagno un disegno indicante il WC per favorire l'identificazione immediata della stanza da parte dell'ospite.

SITUAZIONE 6: LA PERSONA SI PERDE NEL TRAGITTO CAMERA-BAGNO E NON RIESCE A RISPONDERE AI PROPRI BISOGNI FISILOGICI IN MANIERA AUTONOMA

Evidenziare il percorso dalla camera al bagno, tracciando il tragitto sul pavimento con un nastro adesivo colorato. Mettere in sicurezza l'ambiente eliminando eventuali ostacoli (tappeti, cavi, fili e oggetti) che possono far inciampare la persona durante il percorso.

SITUAZIONE 7: LA PERSONA SI SPOGLIA IN SPAZI PUBBLICI

Cercare di capire se la persona che si toglie gli indumenti non stia cercando di esprimere un bisogno fisico, come la sensazione di caldo o la necessità di andare al bagno. Se è possibile identificare il bisogno dell'ospite, cercare di anticiparlo. La routine quotidiana può aiutare ad estinguere il comportamento.

SITUAZIONE 8: LA PERSONA HA UN CONTROLLO SFINTERICO ALTERATO

Fare attenzione a cogliere i segnali come l'aumento di aggressività o di agitazione che indicano che il malato ha necessità di urinare o defecare. Portare il malato in bagno a orari prefissati e prima di metterlo a letto. Controllare che l'evacuazione sia regolare. Non fare bere troppi liquidi alla sera

RIASSUMENDO: COME INTERVENIRE?

- Consultare il medico per escludere cause organiche
- Cercare di stabilire una routine nell'accompagnare l'ospite in bagno
- Prestare attenzione agli indicatori comportamentali (es. aumento di agitazione e aggressività, spogliarsi in pubblico)
- Favorire l'utilizzo di indumenti facili da sbottonare e togliere
- Rendere il bagno riconoscibile, accessibile e utilizzabile (es. disegno indicante un wc sulla porta del

- bagno, segnalare il tragitto camera-bagno, illuminazione adeguata anche di notte)
- Utilizzare i contrasti cromatici per mettere in risalto ciò che si vuole rendere più evidente o per mascherare ciò da cui si vuole distogliere l'attenzione

L'ALIMENTAZIONE

SITUAZIONE TIPICA:

- L'ospite mangia con le mani, si sporca e deve essere aiutato a usare le posate
- Durante il pasto non riesce a rimanere seduto
- Ingerisce materiale non commestibile
- Mangia molto spesso oppure rifiuta totalmente il cibo
- Presenta difficoltà di masticazione, deglutizione e disturbi del gusto
- Si sente imbarazzato o frustrato dalle proprie difficoltà

PERCHE' ACCADE?

Sono comportamenti causati dal danno cerebrale, che possono essere aggravati dai deficit cognitivi (in particolare di memoria)

SITUAZIONE 9: LA PERSONA RIFIUTA IL CIBO E REAGISCE AI TENTATIVI DI IMBOCCARLO CON COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

Occorre valutare la possibilità che il comportamento dell'ospite sia indicatore di un dolore che l'ospite non riesce a comunicare in altro modo (es. mal di denti) e che necessiterebbe di un trattamento di tipo medico. Il momento del pasto è un'occasione in cui l'anziano è molto stimolato e diversi fattori possono potenzialmente generare ansia. Pertanto è consigliabile: porsi seduti di fronte all'anziano mentre lo si imbecca; parlare del cibo che sta assumendo, presentandolo in modo stimolante, avendo cura dei gusti e delle preferenze della persona; favorire un ambiente tranquillo.

SITUAZIONE 10: LA PERSONA SI AGITA MOLTO QUANDO PRANZA IN SPAZI COMUNI

La persona con demenza può manifestare una ridotta tolleranza alla stimolazione sensoriale: favorire la quiete per permettere all'ospite di concentrarsi sul momento del pasto; dare il giusto quantitativo di stimoli, evitando: rumori eccessivi, affollamento, confusione (es. troppe persone che parlano contemporaneamente, il televisore acceso, ecc...).

SITUAZIONE 11: LA PERSONA E' MOLTO LENTA A BERE E DEVE ESSERE STIMOLATA CONTINUAMENTE PER FINIRE IL BICCHIERE

L'anziano ha una ridotta percezione della sete: è necessario favorire l'assunzione di almeno un litro e mezzo di acqua al giorno. La disidratazione, oltre ai problemi fisici, causa anche un aumento della confusione nella persona con demenza. Può essere utile consentire all'anziano di idratarsi secondo i suoi tempi, lasciando il bicchiere in mano o nel tavolo davanti a lui e ricordandogli saltuariamente di bere. Anche nel bere esistono delle preferenze, in alcuni casi ad esempio l'acqua può essere percepita come "amara". Quando l'ospite manifesta difficoltà di deglutizione dei liquidi, si può provare a sostituire il bicchiere con una borraccia con beccuccio (come quelle per sportivi, che si trovano comunemente in commercio) che consente il passaggio di una quantità di liquido inferiore, limitando così le difficoltà di deglutizione e consentendo l'accesso all'idratazione secondo le proprie necessità.

SITUAZIONE 12: LA PERSONA NON MANGIA, SAREBBE AUTONOMA MA DEVE ESSERE IMBOCCATA

In alcune occasioni la sistemazione dei tavoli può influire profondamente sul benessere dell'anziano e sulla sua capacità di svolgere autonomamente alcune azioni. Avere cura che le persone sedute allo stesso tavolo abbiano un simile livello di funzionamento o che condividano alcuni interessi, può favorire la percezione di benessere ed aumentare la voglia di mangiare durante il pranzo. Proporre un cambiamento nelle abitudini produce sempre una certa resistenza ma se il tentativo avrà successo lo sforzo sarà ripagato!

CONSIGLI UTILI PER L'ALIMENTAZIONE:

- Preferire cibi il più possibile omogenei e di uguale consistenza, evitando di mischiare solidi e liquidi
- Cercare di variare le pietanze, per stimolare la percezione di sapori sempre diversi
- Favorire il consumo di cibi caldi o freddi, piuttosto che tiepidi, perché le temperature "decise" vengono percepite meglio
- Evitare carni troppo asciutte, verdure filamentose e frutta secca che sono difficili da masticare e deglutire

- Evitare cibi appiccicosi come le cialde, che possono attaccarsi al palato

Fondamentale è l'importanza della postura, sia della persona che si alimenta sia di quella che imbocca: la persona che viene imboccata deve essere seduta comoda, col busto verticale a 90° rispetto alle gambe, con la testa il più possibile dritta (in caso non si riesca a mantenerla dritta, meglio la testa un po' rivolta in avanti piuttosto che indietro); la persona che somministra il pasto dovrebbe sempre cercare di porsi davanti alla persona con demenza, alla sua stessa altezza, evitando di stare in piedi: è infatti importante cercare di diminuire l'ansia di chi viene imboccato, creando un momento di relax dedicato al pasto.

RIASSUMENDO: COME INTERVENIRE?

- Favorire il mantenimento delle abilità residue (sostituendosi al comportamento deficitario esclusivamente dove l'ospite non riesce da solo)
- Favorire la routine (ambiente, orario dei pasti, posto a tavola, vicini di tavolo,...)
- Rendere il pasto un momento gradevole e tranquillo
- Adattare le consistenze dei pasti e delle bevande e la preparazione della tavola alle esigenze dell'ospite (sotto supervisione medico/logopedica)
- Intervenire sull'ambiente (limitare quantità di cibo a disposizione ed eliminare materiali non commestibili)
- Far sì che la persona beva almeno 1 litro e mezzo d'acqua al giorno (la disidratazione causa aumento della confusione)
- Non preoccuparsi troppo delle buone maniere a tavola!

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

SITUAZIONE TIPICA: l'ospite con demenza può avere difficoltà e/o rifiutarsi di ingerire le pillole intere.

PERCHE' ACCADE?

La malattia può causare difficoltà della deglutizione (disfagia) e i deficit cognitivi rendono più difficile ottenere la collaborazione dell'ospite.

COME INTERVENIRE?

- **Se il medico lo ritiene possibile** (N.B.: necessaria valutazione medico/logopedica), la terapia può essere tritata e somministrata insieme al cibo; ma **ATTENZIONE**: non aggiungere MAI la terapia alla porzione completa del pasto, poiché ne altera il gusto rendendolo sgradevole (es. mescolarla a un cucchiaino di marmellata/yogurt/cibo di consistenza densa)
- Se nel momento della somministrazione dei farmaci l'ospite appare confuso, rassicurarlo e rispettare i suoi tempi

L'ABBIGLIAMENTO

SITUAZIONE TIPICA: l'ospite non ricorda in che ordine indossare gli indumenti, ha difficoltà a maneggiare bottoni e cerniere, si rifiuta di cambiarsi, aumentando il tempo d'assistenza necessario.

PERCHE' ACCADE?

- Perdita di memoria (ad es. non ricordano in che ordine indossare gli indumenti)
- Problemi fisici (ad es. difficoltà a maneggiare i bottoni)
- Assenza di motivazione

SITUAZIONE 13: LA PERSONA VUOLE INDOSSARE INDUMENTI INAPPROPRIATI RISPETTO ALLA STAGIONE CORRENTE

Aiutare l'ospite a ridurre stress e confusione: limitare il numero degli indumenti negli armadi; mantenere solo capi appropriati rispetto alla stagione dell'anno; tra le alternative possibili, lasciare all'ospite la libertà di scegliere l'abito desiderato.

SITUAZIONE 14: LA PERSONA E' MOLTO AGITATA E FARLA RAGIONARE NON SERVE, ANZI SEMBRA AUMENTARNE L'AGITAZIONE

A volte alcune convinzioni possono assumere il carattere di deliri, questi sono difficilmente intaccabili. Cogliere alcuni elementi della biografia dell'ospite (lavoro, famiglia, paese di nascita,...) per distrarre l'anziano dal suo delirio, valorizzando elementi positivi del suo passato.

[illegible]

SITUAZIONE 15: LA PERSONA ROVISTA IN ARMADI E CASSETTI SENZA LOGICA, METTENDO IN DISORDINE LE COSE

L'affaccendamento è un disturbo del comportamento. Può essere utile: predisporre spazi ai quali l'ammalato

possa accedere liberamente per rovistare, riporre e affaccendarsi (es. cassetti contenenti materiali che possa manipolare senza pericoli, come indumenti vecchi, stracci, federe, ecc..). Intervenire sull'ambiente: cercare di “mascherare” con accorgimenti ambientali gli oggetti a cui è preferibile che l'ospite non presti attenzione.

RIASSUMENDO: COME INTERVENIRE?

- Incoraggiare e rassicurare l'ospite, concedendogli il tempo necessario
- Guidarlo nei passaggi, porgendogli i vestiti nell'ordine in cui vanno indossati
- Limitare la scelta degli indumenti (per ridurre stress e confusione) nel rispetto delle abitudini dell'ospite
- Possono causare difficoltà: ganci, bottoni, cerniere lampo corte, scarpe con lacci, cinture, abiti stretti, calze con elastico (problemi di circolazione)
- Favorire il mantenimento delle abilità residue: non importa se il risultato finale sarà imperfetto!

LE CADUTE

PERCHE' SONO COSI' FREQUENTI?

Fasi iniziali della malattia:

- Ridotta capacità del malato di riconoscere gli ostacoli ambientali
- Ridotta capacità di mettere in atto strategie superarli
- Effetti collaterali dei farmaci o di patologie organiche concomitanti

Fasi più avanzate:

- Ridotta capacità di controllare la posizione del corpo nello spazio e mantenere la stazione eretta
- Posture anomale del tronco durante la deambulazione (si inclina avanti/di lato)
- La funzione motoria che consente la deambulazione finisce per esaurirsi (compromissione della corteccia motoria)

SITUAZIONE 16: LA PERSONA MANIFESTA AGITAZIONE O AGGRESSIVITA' SENZA MOTIVO, DOPO UNA GIORNATA TRASCORSA IN MODO TRANQUILLO

Stati di prolungata apatia (facilmente confondibili con “tranquillità”), possono generare agitazione nell'anziano che può facilmente sfociare in episodi espliciti di aggressività. Favorire la partecipazione alle attività, l'interazione con altri anziani con un simile livello di compromissione cognitiva, ecc. può prevenire il manifestarsi di tali stati. Valutare la possibilità che l'ospite stia manifestando una reazione comportamentale a un dolore che non riesce ad esprimere in altro modo. Cercare di identificare la sede del dolore e provvedere al trattamento e al monitoraggio della situazione.

SITUAZIONE 17: LA PERSONA CON CONTENZIONE FISICA MANIFESTA AGITAZIONE E AGGRESSIVITA' SENZA UN MOTIVO APPARENTE

A volte, l'impossibilità di muoversi liberamente, determina uno stato di agitazione. Nei casi in cui non sia possibile lasciare l'ospite libero di muoversi, cercare di tenerlo occupato nello svolgimento di attività occupazionali. Se possibile, può essere utile fare in modo che l'anziano accompagni gli operatori/professionisti nelle proprie mansioni, così da rispondere sia all'esigenza di movimento dell'anziano che a quella di sicurezza dell'equipe.

SITUAZIONE 18: LA PERSONA, PUR AVENDONE LE CAPACITA', SI MUOVE RARAMENTE IN MODO AUTONOMO ANCHE SE STIMOLATA A FARLO

Le difficoltà visive favoriscono l'immobilità dell'anziano per la preoccupazione di cadere. Aver cura che gli ambienti siano ben illuminati ad ogni ora del giorno può favorire le possibilità di movimento evitando l'immobilità (mantenere i corridoi abbastanza illuminati).

SITUAZIONE 19: LA PERSONA SI PIEGA COME SE DOVESSE RACCOGLIERE QUALCOSA SUL PAVIMENTO, FISSA IL MURO E LO TOCCA COME SE CI FOSSE QUALCOSA DI ATTACCATO

Le decorazioni sui muri, le venature del legno, le fughe delle piastrelle possono essere percepite come oggetti, sporcizia o insetti. Per evitare il rischio caduta (legati al tentativo di raccogliere l'oggetto) o episodi di agitazione (legati alla convinzione che il posto sia sporco o che ci siano insetti) ridurre il più possibile decori a muro o metterli ad un'altezza tale che ne impedisca la visione da parte dell'anziano. È utile favorire una buona illuminazione in modo da evitare il crearsi di zone d'ombra.

RIASSUMENDO: COME INTERVENIRE?

- Favorire l'attività fisica (passeggiate, deambulazione assistita) -N.B. necessaria valutazione

medico/fisioterapica

- Intervenire sull'ambiente: rimuovere pericoli e ostacoli (tappetini, dislivelli, ostacoli ingombranti, ecc.), favorendo la sicurezza dell'ospite (tappetini antiscivolo, corrimano, illuminazione, ecc.)
- Prestare particolare attenzione tutte le volte che le condizioni cliniche dell'ospite peggiorano
- Evitare indumenti inadatti (ad es. ciabatte che non danno stabilità al piede, con suola scivolosa o di misura sbagliata, indumenti troppo stretti, ecc.)
- Attenzione all'utilizzo di farmaci che possono peggiorare le abilità motorie del malato o alla presenza di patologie concomitanti

ALTRI CASI:

SITUAZIONE 20: LA PERSONA DIMENTICA FATTI RECENTI MA RICORDA PERFETTAMENTE EPISODI RELATIVI ALL'INFANZIA

La fase iniziale della demenza si caratterizza per: difficoltà nel recuperare fatti recenti, difficoltà ad apprendere nuove informazioni, memoria di eventi passati intatta. Non sottolineare gli errori commessi ed evitare di correggere la persona per non farla sentire a disagio, in imbarazzo o irritata. Fornire delle "ancore" cognitive a cui l'ospite possa aggrapparsi per ricordare meglio.

SITUAZIONE 21: LA PERSONA E' CONVINTA CHE IL CONIUGE O I GENITORI DEFUNTI SIANO ANCORA VIVI

L'ospite manifesta un'ideazione delirante ed è convinto che quanto afferma corrisponda al vero: è inutile cercare di convincerlo del contrario perché ciò non farà che aumentare l'angoscia; cercare piuttosto di rassicurare l'ospite e/o distrarlo utilizzando gli stessi elementi del delirio.

SITUAZIONE 22: LA PERSONA NON VUOLE ANDARE A LETTO PERCHE' E' CONVINTA CHE CI SIA UN SERPENTE SUL COMODINO

L'ospite può avere percezioni alterate (dispercezioni), causate dalla difficoltà a decodificare gli stimoli ambientali: alcuni elementi dell'ambiente possono essere percepiti in maniera scorretta: il cavo della lampada sul comodino può essere scambiato per un serpente! È importante identificare e rimuovere dall'ambiente gli oggetti fonte di ansia.

SITUAZIONE 23: LA PERSONA SI AGITA PERCHE' RIFERISCE LA PRESENZA DI INTRUSI/LADRI

Se il malato non riconosce la propria immagine: gli specchi e le superfici riflettenti possono favorire l'insorgenza di un delirio. In tali situazioni, è opportuno coprire tali superfici con un telo, per evitare che la persona si agiti o si inneschi un'ideazione di tipo delirante

SITUAZIONE 24: LA PERSONA CERCA RIPETUTAMENTE DI APRIRE PORTE CHE DANNO ACCESSO A SPAZI ESTERNI O A ZONE PERICOLOSE (vano scale, ripostigli, magazzini, etc.)

Adottare accorgimenti ambientali: colorare porta e maniglia dello stesso colore della parete aiuta a rendere l'uscita meno riconoscibile, distogliendo l'attenzione del malato da essa.

SITUAZIONE 25: LA PERSONA PARTECIPA PASSIVAMENTE ALLE ATTIVITA' RICREATIVE CHE GLI VENGONO PROPOSTE

Provare a coinvolgere la persona facendo leva sulla sua MOTIVAZIONE personale! Esempio: per invitare un ospite a partecipare all'attività di cucina, si può dire: "VIENI A FARE UNA TORTA" ma è ben diverso se si dice: "COSA NE PENSI SE FACCESSIMO INSIEME UNA TORTA DA OFFRIRE AI TUOI NIPOTI?"

SITUAZIONE 26: LA PERSONA NON PARLA PIU' COME PRIMA, USA I TERMINI "COSO/COSA" PER DEFINIRE PERSONE E OGGETTI

La demenza si associa ad un deficit ingravescente dell'eloquio spontaneo. Non spazientirsi; non sottolineare gli errori commessi; non far sentire il malato a disagio, in imbarazzo o irritato.

SITUAZIONE 27: LA PERSONA SI DISTRAE FACILMENTE, FATICA A SOSTENERE LA CONVERSAZIONE E PERDE IL FILO DEL DISCORSO

Adottare alcuni accorgimenti quando si parla con l'ospite: porvisi di fronte in modo da assicurarsi il contatto visivo; se la persona sembra abbastanza tranquilla, accompagnare le parole al contatto fisico: lievi tocamenti (di mani o avambracci) aiutano l'ospite a mantenere l'attenzione sull'interlocutore.

SITUAZIONE 28: LA PERSONA FA SEMPRE LE STESSIE DOMANDE

Cercare di rispondere alle domande del malato anche se sono ripetitive: per l'anziano è sempre come se fosse la prima volta. Spesso la ripetitività è espressione di ansia: cercare di tranquillizzare il malato, orientando successivamente la sua attenzione su qualcos'altro (es. introducendo un argomento che gli interessa, offrendo una bevanda gradita, ecc.).

SITUAZIONE 29: L'OPERATORE INVITA LA PERSONA A SEDERSI MA QUESTI SI RIFIUTA, REAGENDO CON AGITAZIONE

Probabilmente l'ospite non comprende la richiesta dell'operatore, in tal caso: accompagnare le parole ad una mimica e a un tono di voce calmi; aiutare l'ospite a comprendere la richiesta facendo il gesto di sedersi sulla sedia; accompagnare l'ospite sostenendolo delicatamente con un braccio dietro la schiena perché si senta guidato e rassicurato. Se necessario, fungere da esempio.

SITUAZIONE 30: LA PERSONA VIENE TROVATA A DORMIRE IN LETTI ALTRUI E SI AGITA MOLTO SE VIENE SVEGLIATA

Il disorientamento, tipico della demenza, può portare l'ospite a non riconoscere la propria stanza e quindi a sceglierne una a caso per dormire. Valutare la possibilità di lasciar dormire l'anziano permettendo un risveglio naturale e un ri-orientamento successivo. Svegliare senza fretta l'anziano e accompagnarlo nel suo letto nel caso in cui voglia ancora dormire.

SITUAZIONE 31: MENTRE STA GUARDANDO LA TELEVISIONE LA PERSONA SI AGITA MOLTISSIMO SENZA MOTIVI APPARENTI

Programmi televisivi, film, telegiornali, non sempre sono distinti dalla realtà quotidiana. L'ospite può credere che quello che vede sia successo a suo figlio/a, marito/moglie o confondere i personaggi televisivi con persone reali. In questi casi è utile, se possibile, rassicurare l'ospite dell'irrealtà di quanto ha visto; contrariamente, cercare di rassicurarlo senza invalidare le sue convinzioni e aver cura che non veda programmi che possano provocare ansia.

SITUAZIONE 32: VERSO SERA LA PERSONA SI AGITA SENZA CHE CI SIANO MOTIVI EVIDENTI, CHIEDENDO DI TORNARE A CASA

Accade frequentemente che nelle ore serali, quando diminuisce la luce esterna, gli anziani con demenza possano vivere uno stato di agitazione. Favorire una luminosità continua, naturale di giorno ed artificiale alla sera può prevenire il naturale orientamento diminuendo l'intensità e la frequenza di questi episodi.

SITUAZIONE 33: LA PERSONA SI AGITA E RIFIUTA DI RISPONDERE A DOMANDE SEMPLICI O DELLA SUA STORIA PERSONALE

I deficit di memoria possono portare l'anziano a percepire come complesse anche domande apparentemente banali o che richiedono una risposta precisa. Fare attenzione a non mettere l'anziano in difficoltà e non sottolineare le eventuali mancanze. Esaltare i successi, invece, favorisce la percezione di competenza e abilità, diminuendo il rischio di reazioni di agitazione.

SITUAZIONE 34: LA PERSONA CHE NON HA MAI PRESENTATO SEGNALI DI DELIRIO INIZIA A DICHIARARE CHE GLI ALTRI ANZIANI PARLANO MALE DI LUI/LEI

A volte il deficit di udito può influenzare la percezione, portando a credere che qualcuno stia parlando di sé o della propria situazione, soprattutto in contesti promiscui come quelli delle case di riposo. Se venisse confermata un'ipoacusia non riconosciuta, il trattamento del problema potrebbe permettere un rientro delle convinzioni persecutorie.

SITUAZIONE 35: LA PERSONA E' DISINIBITA, USA UN LINGUAGGIO NON CONSONO, OFFENSIVO O PROVOCATORIO (ANCHE SESSUALMENTE)

La disinibizione è un disturbo del comportamento: a volte l'impossibilità di riconoscere le persone e l'ambiguità di alcune situazioni (es.: bagno/igiene) possono favorire un'errata interpretazione delle situazioni. Non dare peso a quanto accade e riorientare tranquillamente l'anziano a quanto si sta facendo. Nel caso in cui l'agitazione sia eccessiva si può valutare la possibilità di rimandare ad un momento di maggior tranquillità ciò che si sta facendo.

SITUAZIONE 36: LA PERSONA DORME MOLTE ORE DURANTE IL GIORNO

A volte la sonnolenza può essere dovuta ad uno scarso livello di stimolazione ricevuto durante il giorno.

Coinvolgere l'anziano in attività che siano per lui significative o piacevoli può portare ad una diminuzione dei momenti di sonno durante il giorno e ad un aumento della qualità di vita della persona.

SITUAZIONE 37: LA PERSONA CON CONTENZIONE FISICA MANIFESTA AGITAZIONE E CERCA DI STRAPPARE LA CINTURA DI CONTENZIONE

Sistemare la fascia di contenzione sotto i vestiti, in modo da evitarne la vista, può aiutare a distogliere l'attenzione dall'oggetto di fissazione diminuendo di conseguenza i livelli di ansia dell'ospite.

CASI CLINICI RIPORTATI DAI PARTECIPANTI AI CORSI PRECEDENTI

SITUAZIONE 38: L'ANZIANO RIFIUTA LA BADANTE E PRETENDE CHE FACCIA TUTTO LA MOGLIE, CHE È FISICAMENTE E PSICOLOGICAMENTE SFINITA.

In questi casi sarebbe necessaria la presa in carico del familiare: l'intervento dovrebbe essere finalizzato ad attenuare i sensi di colpa della donna per aiutarla a sentirsi autorizzata ad agire la delega della cura dell'ospite ad altre figure professionali (come la badante, o il personale di struttura): spesso, infatti, è il familiare stesso (per quanto stressato ed esaurito) che fatica a delegare l'assistenza del malato a terzi e ciò viene inevitabilmente percepito anche dall'anziano stesso, che riflette tale sfiducia nel rifiuto per ogni tipo di aiuto che non provenga dal caregiver di riferimento. La distribuzione dell'assistenza in una forma cooperativa dovrebbe invece permettere al personale dedicato (operatori, badante) di svolgere le azioni di cura fisica, consentendo al familiare di occuparsi dell'assistenza emotiva e affettiva dell'ospite, trovando un contenimento per il proprio senso di colpa. Può essere utile invitare la signora ad inserirsi in gruppi di supporto dedicati alle famiglie (Caffè Alzheimer del proprio comune di residenza o nei comuni limitrofi). Se il malato presenta un funzionamento cognitivo sufficientemente buono, si può provare parallelamente a richiederne la collaborazione facendo leva sul senso di responsabilità personale, invitandolo a riflettere sulle inevitabili conseguenze negative che l'eccesso di richieste potrebbe causare sulla salute della moglie.

SITUAZIONE 39: L'ANZIANO VIVE SOLO E RIFIUTA QUALSIASI SERVIZIO TERRITORIALE.

Dati i pochi elementi a disposizione, sarebbe opportuno rivolgersi all'assistente sociale del comune per un iniziale presa in carico della situazione dell'anziano e ricevere un orientamento ai diversi servizi territoriali. Se le problematiche che l'anziano presenta si inquadrano nella cornice della demenza, può essere utile proporre alla famiglia l'attivazione di un percorso SAPAD (servizio alta protezione Alzheimer domiciliare) servizio gratuito di assistenza a domicilio dei familiari che assistono persone affette da demenza. Tale servizio prevede un massimo di 8 accessi a domicilio da parte di un professionista esperto nelle problematiche relative alla demenza (operatore, fisioterapista, infermiere, psicologo, etc.) e può costituire un utile tramite tra la famiglia e servizi nella gestione dell'anziano.

SITUAZIONE 40: L'OSPITE È RIPETITIVO NELLE RICHIESTE (ES. PANNI) E AGGRESSIVO CON GLI ALTRI OSPITI (ES. PER IL POSSESSO DELLA POLTRONA, STRAPPANDO OGGETTI DI MANO, ETC.) CON I QUALI REAGISCE STRATTONANDOLI ED ESPONENDO DI CONSEGUENZA AL RISCHIO DI CADUTE.

La ripetitività nelle richieste è spesso espressione di un sentimento di ansia che l'anziano non riesce ad esprimere in altro modo: attraverso la richiesta continua l'anziano ricerca l'attenzione del personale e spesso un conforto e contenimento dei propri vissuti di ansia. Valutare la possibilità di garantire, nei momenti più critici della giornata, una presenza e un'assistenza più continua all'anziano per verificare se il sentimento di accoglienza e supporto lo possa portare ad estinguere o a limitare il comportamento aggressivo verso gli altri ospiti. Cercare al contempo di stabilire dei limiti alle sue condotte, ripetendo spesso in modo calmo ma fermo quali azioni non deve svolgere (spingere, strattonare) motivandone il perché ed evitando sempre l'infantilizzazione e la colpevolizzazione incondizionata dell'ospite. Stabilire inoltre delle convenzioni circa i posti a sedere (routine) per fornire punti di riferimento utili all'orientamento e alla gestione dell'ansia dell'ospite. Potrebbe infine essere utile identificare un'attività di tipo occupazionale con cui provare a interessare l'anziano in alcuni momenti della giornata, per permettergli di concentrare le proprie risorse su un compito dedicato distogliendo al contempo l'attenzione dal contesto circostante.

SITUAZIONE 41: GESTIONE DEL FAMILIARE IPERPROTETTIVO. IL FAMILIARE È SEMPRE OPPOSITIVO, DIFFIDENTE E NON COLLABORANTE NELLA GESTIONE DELL'OSPITE; NON ACCETTA I LIMITI DERIVANTI DALLA PATOLOGIA (ES. INSISTE PER L'ALIMENTAZIONE NORMALE NONOSTANTE L'OSPITE PRESENTI DISFAGIA) E COLPEVOLIZZA IL PERSONALE PER QUALSIASI PEGGIORAMENTO CLINICO DELL'OSPITE. TENDE A METTERE GLI ALTRI FAMILIARI CONTRO IL PERSONALE DI STRUTTURA TUTTAVIA NON VUOLE CAMBIARE RESIDENZA.

SITUAZIONE 42: L'OSPITE È AGGRESSIVO DURANTE L'IGIENE E IL BAGNO. PRESENZA COSTANTE DELLAMOGLIE E DELLE FIGLIE CHE NON CAPISCONO/ACCETTANO MALATTIA DELL'ANZIANO, FACENDO RICHIESTE CONTINUE E DIFFICILMENTE ATTUABILI.

La famiglia può vivere in modo iperprotettivo ed ansioso la permanenza dell'anziano in struttura. Spesso i vissuti di tali familiari dipendono da un conflitto emotivo interno non risolto: infatti, sebbene apparentemente giustifichino la decisione di aver ricoverato l'anziano in struttura, i familiari continuano a vivere tale situazione con un profondo senso di colpa che si traduce compensativamente in un atteggiamento iperprotettivo verso il proprio caro ed un eccessivo controllo nei confronti dell'operato del personale di struttura. In questi casi è sicuramente necessaria una ridefinizione dei problemi con i familiari; l'equipe dovrà identificare le figure professionali che effettueranno il passaggio con la famiglia (coordinatore/ psicologo/ medico,...) e definire gli atteggiamenti che tutto il personale si impegnerà a mantenere per migliorare la collaborazione con la famiglia. In linea generale, sarebbe sempre necessario stabilire e mantenere un dialogo costante, fornendo ai familiari informazioni sistematiche sulla situazione clinica dell'ospite al fine di includerli nei processi decisionali, favorendo al contempo la conoscenza della malattia e la consapevolezza dei cambiamenti che questa comporta nell'ospite, aiutando anche i familiari ad identificare modalità più funzionali all'assistenza in sicurezza del proprio caro (es. disfagia). Se possibile, può essere utile invitare i familiari ad inserirsi in gruppi di supporto dedicati alle famiglie (Caffè Alzheimer del proprio comune di residenza o nei comuni limitrofi). (Per la gestione dell'aggressività dell'ospite durante l'igiene si rimanda alla sezione dedicata sulle dispense del corso).

SITUAZIONE 43: L'OSPITE PIANGE E SI LAMENTA IN CONTINUAZIONE DURANTE IL GIORNO SENZA APPARENTI MOTIVAZIONI. RIPETUTI EPISODI DI AUTOLESIONISMO (SI STRAPPA I CAPELLI SI COLPISCE IL CAPO RIPETUTAMENTE).

Valutare la possibilità che l'ospite stia cercando di esprimere una condizione di sofferenza e disagio che altrimenti non riuscirebbe ad esprimere: il pianto e le condotte autolesive (tutti gesti rivolti su di sé) possono costituire l'unico canale espressivo del quale può avvalersi l'anziano che manifesta difficoltà di comunicazione, per cercare di comunicare un disagio che altrimenti non avrebbe alcun modo di esprimere. Sarebbe dunque opportuno discutere il caso in equipe ed eseguire accertamenti medici volti ad escludere una condizione patologica o dolorosa non altrimenti riconosciuta (ad esempio, si può provare a valutare la remissione di tali comportamenti attraverso la somministrazione di antidolorifici ad orari fissi). Sarebbe utile anche valutare, attraverso un diario di monitoraggio dei comportamenti, in quale momenti della giornata e con quale frequenza si manifestano tali comportamenti, per escludere la possibilità che siano conseguenti ad effetti collaterali della terapia farmacologica o secondari a manovre posturali che possono involontariamente arrecare dolore all'ospite.

SITUAZIONE 44: L'OSPITE SI RIFIUTA DI MANGIARE E NEI MOMENTI DI LUCIDITÀ RIBADISCE LA VOLONTÀ DIMORIRE.

L'ospite con demenza, quando è consapevole dei propri deficit, può reagire alla malattia con una deflessione del tono dell'umore tale da sfociare talora in veri e propri vissuti di tipo depressivo che possono portare ad un generale disinvestimento sulla propria vita e talora al desiderio di morire. In questi casi, sarebbe opportuno attivare le figure professionali di riferimento (psicologo e medico) affinché la persona venga presa in carico sul piano emotivo affiancando eventualmente anche un supporto di tipo farmacologico. Il personale di nucleo, in generale, dovrebbe comunque cercare di sostenere il morale dell'anziano ascoltando le sue motivazioni e cercando successivamente di supportarlo emotivamente facendo leva sui punti di forza e sulle risorse residue. Se l'ospite lo gradisce, si può provare a coinvolgerlo maggiormente nelle attività ricreative di istituto per favorire la partecipazione sociale e ridurre l'isolamento, fattore in grado di incidere notevolmente sul tono dell'umore.

SITUAZIONE 45: OSPITE CONFUSO, SCAMBIA IL NUCLEO PER LA PROPRIA CASA, NON RICONOSCE IL BAGNO E TENDE A CONFONDERE UN'ALTRA OSPITE CON LA PROPRIA MADRE/FIGLIA. NON RICONOSCE LA STANZA/LETTO E QUANDO SI PROVA A RICONDURLO NELLA PROPRIA DIVENTA AGGRESSIVO FISICAMENTE E VERBALMENTE. IL PEGGIORAMENTO DELLA FUNZIONALITÀ COGNITIVA DELL'OSPITE SI È VERIFICATO NELL'ARCO DI 30 GIORNI.

Il repentino aggravarsi del quadro cognitivo dell'ospite è comune in alcune forme di demenza vascolare. Il decorso di questo tipo di demenza viene infatti definito "a gradini", laddove ogni gradino rappresenta un nuovo evento ischemico o emorragico che produce un peggioramento del quadro clinico dell'anziano. Sarebbe dunque importante segnalare in primo luogo il problema e i cambiamenti dell'ospite al medico, affinché possano essere escluse cause acute di tipo medico o effetti collaterali legati alla terapia farmacologica (che talvolta possono aumentare la confusione o causare veri e propri stati di delirium). Secondariamente, per aiutare l'ospite a gestire le nuove difficoltà, sarebbe opportuno intervenire sull'ambiente avvalendosi della segnaletica (per esempio, apponendo un cartello sulla porta del bagno con la scritta ben evidente "BAGNO" accompagnata da un disegno del wc e un cartello sulla porta della stanza con il nome e cognome dell'ospite scritto in caratteri evidenti), per aiutare l'anziano a stabilire dei riferimenti dei

quali avvalersi per orientarsi nello spazio. Invece, per quanto riguarda le convinzioni erranee, quando assumono la connotazione di delirio è inutile cercare di convincere l'ospite della loro falsità perché ciò non farebbe che aumentarne la confusione e l'ansia; pertanto, se l'ospite che viene scambiata per la madre è sufficientemente lucida, si può provare a chiederne la collaborazione invitandola a non dare troppo peso agli atteggiamenti dell'ospite. Tuttavia, è soprattutto compito del personale di struttura cercare di gestire la relazione limitando i momenti di interazione tra le due anziane, soprattutto nei momenti di maggior confusione (gestendo i tempi e gli spazi in maniera attenta) o mediandone la relazione per evitare reazioni di agitazione o ansia da entrambe le parti.

SITUAZIONE 46: OSPITE DI UN CENTRO DIURNO, 48 ANNI, DEMENZA DI ALZHEIMER, MMSE 4-5. L'ANZIANO RIFIUTA DI CAMBIARE IL PANNINO (ANCHE QUANDO PRESENTA FECI) E NON PERMETTE A NESSUNO DI TOCCARLO, REAGENDO CON AGGRESSIVITÀ VERBALE E FISICA.

L'ospite presenta un quadro cognitivo gravemente compromesso, come evidenzia il punteggio al MMSE, pertanto è probabile che reagisca manifestando ansia e oppositività al cambio pannino a causa della ridotta capacità di codificare la situazione. In tal caso, sarebbe meglio cercare di non intervenire in troppi operatori per evitare di peggiorare lo stato di agitazione dell'ospite, cercando piuttosto di capire quali condizioni possono favorirne la tranquillità, facilitando il lavoro del personale. Interrogarsi pertanto sulle possibili ragioni alla base del comportamento cercando di non escludere a priori nessuna ipotesi: la reazione dell'ospite potrebbe essere dovuta al fatto che preferisce essere cambiato da un operatore dello stesso sesso? Il luogo dove viene svolto il cambio pannino può essere fonte di ansia o paura per l'ospite (contiene arredi o elementi che possono essere interpretati in modo erroneo)? L'atteggiamento degli operatori può fare la differenza (avvicinandosi con maggiore tranquillità, è possibile ottenere una maggiore collaborazione dell'ospite)? Provando a concordare con l'ospite il momento del cambio pannino, avvisandolo anticipatamente, si riesce a stemperare l'aggressività dell'anziano? Interrogarsi dunque sulle diverse ipotesi per cercare la soluzione migliore, ricordando che non sempre è possibile estinguere del tutto il comportamento disfunzionale ma è sempre doveroso cercare gli accorgimenti in grado di garantire la migliore gestione possibile del problema.

SITUAZIONE 47: UOMO DI 61 ANNI, SPOSATO, UN FIGLIO, MMSE 15. L'ANZIANO RIFERISCE DI SENTIRSI GRAVEMENTE DEPRESSO POICHÉ SI RENDE CONTO DI NON RIUSCIRE A RICORDARE LE INFORMAZIONI POCO DOPO AVERLE LETTE (ES. LE PAGINE DEL TELEVIDEO). DIAGNOSTICATA DEMENZA FRONTOTEMPORALE SUL VERSANTE APATICO. COME RISOLLEVARE IL TONO DELL'UMORE DELL'UOMO DAL MOMENTO CHE METTERÀ QUOTIDIANAMENTE ALLA PROVA LE PROPRIE CAPACITÀ MNESTICHE?

La consapevolezza delle proprie difficoltà nelle prime fasi della malattia porta spesso a sperimentare vissuti di ansia, frustrazione e depressione importanti. In questi casi, è possibile richiedere il sostegno di figure di riferimento specializzate (psicologo, medico) affinché la persona venga presa in carico sul piano emotivo affiancando eventualmente anche un supporto di tipo farmacologico. Tuttavia sarebbe importante, vista anche la giovane età dell'uomo, cercare di prevenire l'isolamento sociale, reazione comune nei malati per evitare i sentimenti di vergogna e paura associati alla malattia. Sarebbe quindi consigliabile inserire l'anziano nei gruppi di stimolazione cognitiva territoriali (es. protocollo SPECTOR): dal un punto di vista cognitivo, infatti, il gruppo stimola il confronto e l'osservazione reciproci, favorendo di conseguenza la presa di coscienza e l'accettazione dei propri limiti e possibilità; dall'altra, permette di sollecitare la partecipazione sociale degli anziani prevenendone l'isolamento e favorendo la creazione di rapporti positivi, in uno spazio di comunicazione finalizzato al sostegno e al riconoscimento delle potenzialità residue. Del resto è impossibile evitare che l'anziano metta alla prova le proprie capacità nella vita quotidiana, ma tali interventi possono aiutare ad accettare i cambiamenti che la malattia comporta senza perdere fiducia nelle proprie risorse residue. Il familiare, parallelamente, dovrebbe cercare di sostenere l'autostima dell'anziano valorizzando i suoi successi e le sue potenzialità nella vita quotidiana, adattando la complessità delle richieste e dei compiti affinché l'anziano possa mantenere il più possibile la propria autonomia, sostenendo così al contempo il bisogno di autoefficacia.

SITUAZIONE 48: L'OSPITE OFFENDE E/O CRITICA PESANTEMENTE CHIUNQUE SI AVVICINI, SOSTI O SIEDA IN FIANCO A LEI (O A UNA DISTANZA RIDOTTA), COME SE SI SENTISSE MINACCIATA.

Per cercare di individuare il focus del problema bisognerebbe cercare di capire le cause che hanno portato la persona a reagire con uno stile difensivo così rigido all'interazione sociale. Sarebbe opportuno il dialogo con i familiari al fine di indagare la personalità dell'ospite ed eventuali fattori che possono averne condizionato gli atteggiamenti già prima dell'ingresso in struttura, cercando anche di definire da quanto tempo essi siano presenti. Secondariamente, sarebbe opportuno valutare in équipe la condizione clinica dell'ospite, per escludere cause mediche come una possibile ipoacusia che, riducendo i canali di comprensione del contesto, potrebbe provocare ideazioni di tipo persecutorio in grado di scatenare reazioni difensive

aggressive. Inoltre, è fondamentale non sottovalutare l'incidenza degli stereotipi sugli atteggiamenti: il fatto stesso che ci si aspetti tale reazione da parte dell'ospite può portare chi gli si avvicina ad approcciarsi in modo poco sereno e tale diffidenza può essere percepita in modo fine anche da un ospite cognitivamente compromesso (attraverso il linguaggio non verbale, la postura, le espressioni, gli atteggiamenti). Infine, certe volte, l'anziano che reagisce in modo aggressivo sta cercando in realtà di difendersi dalla paura di un possibile giudizio sociale negativo, allontanando chiunque cerchi di stabilire una relazione con lui; o ancora, l'aggressività può rappresentare l'unico mezzo attraverso il quale l'anziano riesce ad esprimere il bisogno (opposto!) di cure e attenzioni. E' dunque fondamentale prendere in considerazione tutta la rosa delle possibili motivazioni per cercare di individuare il problema e stabilire il migliore canale di comunicazione con l'ospite!

SITUAZIONE 49: ANZIANO DI 78 ANNI, VIVE A CASA CON LA MOGLIE. HA DUE FIGLI, UNA DEI QUALI SI OCCUPA MAGGIORMENTE DELLA GESTIONE DEI GENITORI ANDANDO A TROVARLI A CASA QUASI OGNI GIORNO. DA QUALCHE TEMPO L'ANZIANO PRESENTA COMPORTAMENTI "STRANI": NON RICORDA DI AVER PRESO LE MEDICINE, NON RICONOSCE LA FIGLIA, SI BLOCCA DURANTE IL PASTO, ETC. LA FIGLIA E LA MOGLIE REAGISCONO A TALI CAMBIAMENTI PERDENDO LA PAZIENZA E TALE ATTEGGIAMENTO CAUSA DI CONSEGUENZA L'AGITAZIONE DELL'ANZIANO PORTANDOLO TALORA A CONDOTTE AGGRESSIVE. PER FAR FRONTE AL PROBLEMA LA FAMIGLIA, CHE RIFIUTA DI ISTITUZIONALIZZARE L'UOMO, SI RIVOLGE AL MMG IL QUALE LI INDIRIZZA TRAMITE L'ASSISTENTE SOCIALE DEL DISTRETTO AD UN CENTRO DIURNO, AFFINCHÉ LA FAMIGLIA POSSA RICEVERE SOLLIEVO DAL CARICO ASSISTENZIALE.

La soluzione adottata dalla famiglia è certamente valida e funzionale per l'anziano, fino a quando la parziale gestione a domicilio risulta possibile. Sarebbe tuttavia necessario che il malato venisse sostenuto in modo adeguato anche a domicilio, evitando di scatenare reazioni aggressive con atteggiamenti colpevolizzanti o spazientiti da parte dei familiari. Sarebbe quindi opportuno proporre alla famiglia l'inserimento nei gruppi di sostegno dedicati (Caffè Alzheimer del proprio comune di residenza o nei comuni limitrofi) per far sì che essi possano ricevere adeguate informazioni sulla malattia e sulle migliori modalità di assistenza del proprio caro.

[illegible]