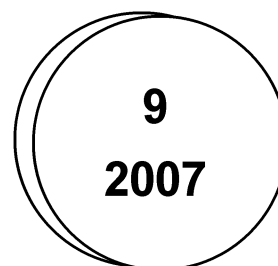


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

**LA STIMOLAZIONE COGNITIVA
PER IL BENESSERE DELLA
PERSONA CON DEMENZA**

Linee di intervento

ARGOMENTI



**LA STIMOLAZIONE COGNITIVA
PER IL BENESSERE DELLA
PERSONA CON DEMENZA**

Linee di intervento

La presente pubblicazione è stata realizzata da:

- **Rachele Nanni**
Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio Assistenza Anziani di Ravenna e Lugo, Ausl di Ravenna
- **Simona Balducci**
Psicologa, Servizio Assistenza Anziani di Faenza, AUSL di Ravenna
- **Paola Biondi**
Assistente Sociale, Servizio Assistenza Anziani di Lugo, AUSL di Ravenna
- **Patrizia Casetti**
Assistente Sociale, Servizio Assistenza Anziani di Ravenna, AUSL di Ravenna
- **Ramona Chiarini**
Psicologa Clinica, tirocinante presso Servizio Assistenza anziani di Lugo, Ausl di Ravenna
- **Luisa Foresti**
Assistente Sociale, Servizio Assistenza Anziani di Faenza, Ausl di Ravenna
- **Valentina Lolli**
Neuropsicologa, tirocinante presso Servizio Assistenza Anziani di Ravenna, Ausl di Ravenna

Si ringraziano per la gentile collaborazione nelle attività di revisione del lavoro:

- *Miriam Di Federico, Responsabile Servizio Assistenza anziani di Lugo, AUSL di Ravenna*
- *Antonella Carafelli, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna*

Si ringraziano inoltre tutti gli operatori delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, convenzionate con l'AUSL di Ravenna, che durante i corsi di formazione hanno contribuito alla discussione ed all'approfondimento operativo dei contenuti di questo lavoro.

Indice

Presentazione	Pag. 5
Introduzione	Pag. 7
Parte Prima	Pag. 9
<i>I PRESUPPOSTI TEORICI-METODOLOGICI</i>	
Capitolo 1 – Le demenze: inquadramento diagnostico	Pag. 11
1.1. - I sintomi cognitivi	
1.2. - Attenzione	
<i>1.2.1 - Attenzione e deterioramento</i>	
1.3. - Memoria	
<i>1.3.1. - Memoria a breve termine</i>	
<i>1.3.2. - Memoria a lungo termine</i>	
<i>1.3.3. - Memoria e deterioramento</i>	
1.4. - Linguaggio	
<i>1.4.1 - Linguaggio e deterioramento</i>	
1.5. - Prassia	
1.6. - Orientamento spaziale e temporale	
1.7. - Riconoscimento	
1.8. - Pensiero, giudizio critico e funzioni di controllo	
<i>Tabella riassuntiva dei sintomo cognitivi</i>	
Capitolo 2 - I sintomi psichici e comportamentali	Pag. 25
2.1. - Sintomi psichici	
2.2 . - ...e sintomi comportamentali	
<i>Tabella riassuntiva dei sintomi psichici e comportamentali</i>	
<i>Scheda di Osservazione Comportamentale</i>	
Capitolo 3 – La valutazione della funzionalità cognitiva in struttura	Pag. 33
3.1. - Strumenti di valutazione	
<i>3.1.1. - ...dei sintomi cognitivi</i>	
<i>3.1.2. -dello stato funzionale</i>	
<i>3.1.3. -dei sintomi non cognitivi</i>	
<i>Griglia di Osservazione Funzionale</i>	

Capitolo 4 – L’approccio all’anziano affetto da deterioramento cognitivo: la Validazione Emozionale	Pag. 47
Capitolo 5 – La stimolazione cognitiva della persona affetta da demenza	Pag. 53
Capitolo 6 – Il coinvolgimento della famiglia <i>Intervista biografica</i>	Pag. 57
Capitolo 7 – Indicazioni metodologiche per la costruzione di un progetto di stimolazione cognitiva	Pag. 67
7.1. - Perché progettare?	
7.2. - Definizione dell’obiettivo generale	
7.3. - Definizione degli obiettivi specifici	
7.4. - Le condizioni organizzative	
7.5. - Definizione delle azioni	
7.6. - Gli indicatori di risultato	
<i>Parte Seconda</i>	Pag. 71
<i>PROPOSTE DI INTERVENTO</i>	
1 - Progetto di stimolazione cognitiva centrata sull’Orientamento	Pag. 73
2 - Progetto di stimolazione cognitiva centrata sul Linguaggio	Pag. 79
3 - Progetto di stimolazione cognitiva centrata sull’Attenzione	Pag. 85
4 - Progetto di stimolazione cognitiva centrata sul Riconoscimento tattile, visivo e sonoro	Pag. 91
5 - Progetto di stimolazione cognitiva centrata sulla Memoria Autobiografica	Pag. 95
6 - Progetto di stimolazione cognitiva centrata sull’attività Prassico-Motoria	Pag. 101
Bibliografia	Pag. 105

Presentazione

Il progressivo invecchiamento della popolazione, fenomeno che in modo particolare interessa la nostra regione rendendola tra le più “vecchie” d’Europa, rappresenta certamente una conquista per l’allungamento dell’aspettativa di vita, ma pone anche di fronte al problema dell’aumento delle patologie legate all’invecchiamento e, tra queste, le demenze, patologie progressive ed altamente invalidanti.

Ad oggi, non esistono prospettive di guarigione né interventi in grado di arrestare la degenerazione cerebrale, ma molto è possibile fare per migliorare le condizioni di vita di chi viene colpito dalla malattia e di chi se ne prende cura.

E’ per questo che la Giunta regionale ha approvato, fin dal 1999, il progetto sulle demenze senili, la cui peculiarità di intervento è data da un approccio globale, non solo sanitario né solo farmacologico, di assistenza e sostegno agli ammalati e alle loro famiglie, basato sul potenziamento e la qualificazione di una rete di servizi dedicata, che vede la collaborazione del Servizio sanitario regionale, dei Comuni, delle associazioni di volontariato e di familiari.

Il campo delle demenze senili rappresenta, infatti, un ambito elettivo per l’integrazione socio-sanitaria dove sperimentare forme innovative di assistenza e cura calibrando gli obiettivi verso mete raggiungibili, quali ad esempio la diminuzione del malessere ed il mantenimento, il più a lungo possibile, delle capacità residue.

In questi termini, è possibile affermare che tutte le forme di demenza, anche le più gravi, sono trattabili, oltre che con trattamenti sanitari, con interventi di carattere psicosociale. Sono da considerare in questo contesto gli interventi di stimolazione cognitiva.

L’avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza, che consentirà di ampliare la platea di coloro che ricevono interventi dal sistema, garantendone allo stesso tempo l’equità di accesso e la sostenibilità economica, pone tra i suoi obiettivi prioritari la ulteriore qualificazione della rete dei servizi, al fine di adeguarli alle nuove esigenze specifiche della popolazione, tra le quali le demenze rivestono una grande rilevanza.

Far crescere la capacità degli operatori, mettendo a loro disposizione strumenti e conoscenze per l’adozione di metodiche strutturate e qualificate e fornendo strumenti per monitorare le azioni intraprese, rappresenta un obiettivo prioritario per l’intera rete dei servizi dedicata alle demenze. A questo fine, le attività di stimolazione cognitiva sono state considerate parte dei “programmi di miglioramento e qualificazione dell’assistenza delle persone con demenza” che ogni Servizio convenzionato con le Aziende Usl è tenuto a promuovere, condividendo le scelte con i Servizi assistenza anziani e con i Consultori/Centri esperti sulle demenze.

Gli operatori dell’Azienda Usl di Ravenna che hanno curato questo volume, a cui va il mio più sentito ringraziamento per la qualità del lavoro svolto, hanno raccolto i contributi offerti dal gruppo di lavoro regionale istituito nel 2003 con il compito di analizzare le esperienze in campo e di proporre protocolli condivisi, analisi che ha successivamente condotto alla sperimentazione di corsi di aggiornamento sulla stimolazione cognitiva attraverso uno specifico finanziamento regionale.

In particolare, le pagine della pubblicazione sono a sostegno dei percorsi di qualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali. Credo che le prospettive teorico-metodologiche condivise, gli strumenti di valutazione, le indicazioni operative, che ogni operatore può trovare in questo volume, possano davvero rappresentare un contributo fondamentale per migliorare e qualificare ulteriormente l'intero percorso di cura.

*Giovanni Bissoni
Assessore alle politiche per la salute
Regione Emilia-Romagna*

Introduzione

Se la mente è quella preziosa facoltà che ci distingue dagli altri animali, “perdere la mente” è di sicuro una grande sventura. La demenza è la più comune causa di “perdita della mente”. Questa malattia causa una progressiva disgregazione delle capacità cognitive, determinando una proporzionale incapacità a badare a se stessi e causando la perdita della propria identità personale e sociale.

E’ come un processo regressivo che ci fa tornare indietro nel tempo; è come un “buco nero” che ingoia tutto, a cominciare dai ricordi e dalle esperienze più vicine e, via via, sempre più indietro nel tempo...

La demenza è ancora, oltre che malattia dell’individuo, anche malattia della famiglia, sia perché in questo processo regressivo coinvolge gli affetti e le relazioni primarie all’interno del nucleo familiare, sia perché quest’ultima è la prima e più importante struttura che è chiamata a farsene carico, spesso lasciata sola ad affrontare un problema grande e complesso di cura, di relazione, di adattamento psicologico e comportamentale a cambiamenti spesso radicali e traumatici che rischiano di travolgerla.

Affrontare i problemi connessi a questa grave malattia, sempre più diffusa nella nostra società a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, vuol dire organizzare un ventaglio di risposte ed interventi, capaci di affrontare al meglio ogni aspetto significativo, da un punto di vista sanitario, psicologico e sociale. E’ perciò necessaria una organizzazione pluriprofessionale integrata e coordinata, che si faccia carico, fin dal principio, della diagnosi precoce, del trattamento farmacologico, della restituzione diagnostica, della mediazione culturale, del sostegno psicologico alla famiglia e agli operatori dei servizi che se ne fanno carico, ma anche del trattamento riabilitativo delle funzioni mnestiche- cognitive residue, per mantenere il più a lungo possibile il massimo delle capacità funzionali e delle autonomie residue.

E’ necessario che gli operatori che, a qualsiasi titolo, si occupano di questo problema, siano motivato, sempre più preparati e culturalmente aggiornati, al fine di avere a disposizione tutti gli strumenti conoscitivi che consentano di rispondere alle necessità complesse di queste persone e delle loro famiglie.

Ecco allora che, come un giorno gli scienziati riusciranno a scoprire il significato e la funzione necessaria dei “buchi neri” nell’universo, così, con l’umiltà dei piccoli passi e del contributo quotidiano di tutti, riusciremo ad affrontare in maniera efficace i problemi connessi con questa grave malattia. Riusciremo a dare quelle risposte piene di capacità professionali, ma anche piene di umanità, che diverranno cura, sostegno e umana comprensione nel vivere quella avventura dolorosa, a volte difficile da capire, ma sempre meravigliosa che è la vita umana.

Dr Efrem Bardelli

Responsabile Consultorio Disturbi Cognitivi di Lugo

AUSL di Ravenna

PRIMA PARTE

I PRESUPPOSTI TEORICO- METODOLOGICI

CAPITOLO 1 – LE DEMENZE: INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Con il termine *demenza* si indica una condizione che comporta la progressiva compromissione delle funzioni cognitive (memoria, attenzione, linguaggio, capacità di orientamento...) in modo tale da pregiudicare il mantenimento di una vita autonoma.

Ai sintomi che riguardano la sfera cognitiva si accompagnano solitamente alterazioni della personalità e del comportamento, modificazioni del tono dell'umore o sintomi psicopatologici, che possono mutare lungo il decorso della patologia.

La demenza è una *sindrome*, ossia un insieme di sintomi che possono riconoscere origini diverse. In base alla causa che determina l'insorgenza della malattia, si possono distinguere demenze degenerative (Alzheimer, Malattia di Pick) e secondarie, queste ultime determinate da condizioni generali di tipo neurologico, metabolico, endocrino, infettivo, cardio-circolatorio che investono la funzionalità del sistema nervoso centrale (SNC).

La presenza di deficit cognitivi multipli che coinvolgano la memoria ed almeno un'altra funzione cognitiva è il criterio diagnostico prioritario ed imprescindibile per la diagnosi di demenza.

Criteria diagnostici per porre diagnosi di demenza secondo il DSM-IV

Presenza di deficit cognitivi multipli caratterizzati da:

1. Compromissione mnesica (deficit delle abilità ad apprendere nuove informazioni o a richiamare informazioni precedentemente apprese).
2. Uno o più dei seguenti deficit:
 - a. Afasia (deficit a carico del linguaggio)
 - b. Aprassia (deficit a carico dell'organizzazione e della realizzazione del movimento)
 - c. Agnosia (deficit a carico della capacità di riconoscere oggetti o volti noti)
 - d. Deficit del pensiero astratto e delle capacità critiche
3. Decorso caratterizzato da esordio insidioso e deterioramento cognitivo progressivo.
4. I deficit cognitivi interferiscono significativamente nelle attività sociali, lavorative e funzionali della vita quotidiana.
5. I deficit non si manifestano esclusivamente durante un delirium.

La malattia di Alzheimer rappresenta la forma di demenza degenerativa più frequente (50% dei casi), di cui non si conoscono le cause primarie, mentre la demenza multi-infartuale rappresenta la seconda fra le cause più comuni di demenza irreversibile (20% dei casi).

Le sindromi dementigene sono caratterizzate, nel loro decorso, dalla presenza di tre tipologie di sintomi: *cognitivi*, *comportamentali* e *psichici*. Nel seguito di questo capitolo verranno descritti i principali sintomi cognitivi che caratterizzano la malattia.

1.1. Sintomi cognitivi

Le funzioni cognitive possono essere definite come quelle operazioni mentali che ci consentono di raccogliere le informazioni che giungono dall'ambiente, riconoscerle, immagazzinarle, elaborarle per agire nel mondo attraverso il comportamento gestuale ed il linguaggio. Esse ci consentono di adattare il nostro comportamento alle caratteristiche dell'ambiente in cui siamo immersi o di modificare l'ambiente stesso in funzione delle nostre esigenze.

Il funzionamento cognitivo appare a tutti noi un processo unitario, poiché le diverse abilità si integrano in modo complesso e fluido nella normalità. E' solo in presenza di deficit specifici che può notarsi il carattere altamente differenziato di ciascuna funzione.

Se una persona, ad esempio, subisce un danno a carico delle aree cerebrali che consentono la produzione del linguaggio, questa non sarà più in grado di esprimersi correttamente, ma potrà continuare a comprendere ciò che gli viene detto.

Non tutte le funzioni cognitive possono essere ricondotte al funzionamento di un'unica area cerebrale, circoscritta ed univocamente identificabile, ad esempio la percezione è una funzione distribuita riconducibile a diversi distretti, in rapporto al canale sensoriale attivato (uditivo – lobi temporali; visivo – lobi occipitali), altre invece dipendono dalla collaborazione fra aree corticali distinte. Le funzioni complesse presuppongono l'attivazione simultanea ed integrata di numerose aree nervose che devono lavorare in sinergia, connesse da circuiti neuronali di tipo associativo.

Le principali funzioni cognitive che consentono all'uomo di comprendere l'ambiente in cui vive e di interagire con esso sono:

- Attenzione
- Memoria
- Linguaggio
- Capacità di orientamento nel tempo e nello spazio
- Pensiero ed intelligenza

1.2. Attenzione

L'attenzione rappresenta una funzione cognitiva di base che permette di distribuire e mantenere le risorse e le energie disponibili in funzione del compito da svolgere. La sua azione può essere paragonata a quella di un *filtro* il quale seleziona le informazioni che devono essere ulteriormente elaborate da quelle che, viceversa, possono essere ignorate. Essa è necessaria ed essenziale per la regolazione di ulteriori funzioni coscienti come vedremo di seguito.

L'attenzione costituisce una funzione complessa che può essere descritta attraverso almeno tre dimensioni differenziate

Selettiva (o focalizzata)

Può essere considerata la capacità di mantenere le risorse attentive su un bersaglio, ignorando la presenza distraente di altri stimoli compresenti, di selezionare l'oggetto del proprio interesse lasciando sullo sfondo tutto il resto, come quando si conversa con un amico ad una festa in mezzo a musica, rumori e chiacchiericcio degli altri invitati senza, peraltro, perdere il filo del discorso.

Il processo di selezione consapevole dell'informazione non è costante, ma cambia di intensità nel tempo a causa di numerosi fattori come l'intenzionalità, l'interesse e le caratteristiche percettive degli stimoli in arrivo.

Sostenuta (o vigilanza)

Essa può essere definita la capacità di mantenere la concentrazione su un compito per un periodo di tempo prolungato e sostenere la vigilanza su uno stimolo senza distrarsi. E' ciò che ci consente di seguire la trama di un film, di un discorso o di monitorare il presentarsi di uno stimolo intermittente.

Divisa (o distribuita)

Permette di suddividere contemporaneamente le proprie risorse attentive su più compiti. Questa funzione ci consente di fare più cose nello stesso tempo o svolgere un compito complesso che necessita il monitoraggio di molte fonti informative simultanee, come quando siamo alla guida.

1.2.1. Attenzione e deterioramento

La presenza di deficit dell'attenzione si accompagna frequentemente ai disturbi di memoria già nelle prime fasi della malattia di Alzheimer. L'incapacità di apprendere e ricordare nuove informazioni potrebbe riflettere, infatti, sia deficit mnesici che attenzionali. Il deficit attentivo è solitamente precoce e si manifesta soprattutto nei compiti di attenzione selettiva con accentuata incapacità di distinguere gli stimoli rilevanti dal *rumore* di fondo. Divenendo sempre meno efficiente la funzione di filtro, il malato è continuamente distratto e disturbato dalla presenza simultanea di più stimoli, interni o ambientali.

La demenza modifica in modo significativo la capacità di svolgere due o più compiti contemporaneamente. La riduzione delle risorse impedisce alla persona affetta da demenza di

eseguire due prestazioni nello stesso momento, poiché tutta la quantità di “concentrazione” che ha disposizione è sufficiente per affrontare un solo compito per volta. Ad esempio, in una conversazione tra più persone può essere difficile per il malato prestare attenzione a informazioni provenienti da più fonti. Nelle fasi più avanzate diminuisce, inoltre, la capacità di mantenere l’attenzione anche per periodi di tempo molto brevi. La concentrazione si abbrevia sensibilmente, in modo particolare nel caso di attività complesse, per questo motivo diventa indispensabile “accompagnare” la persona nell’esecuzione delle normali attività di vita quotidiana come vestirsi, lavarsi ecc attraverso una azione di richiamo e monitoraggio costante.

1.3. Memoria

La memoria costituisce la capacità della mente di apprendere dalle esperienze precedenti. Rappresenta, quindi, l’abilità cognitiva che permette di acquisire, conservare ed utilizzare, in momenti successivi, le informazioni concernenti se stessi ed il mondo. L’apprendimento di nuove informazioni avviene mediante un processo che si sviluppa secondo fasi di elaborazione diverse e sequenziali.

Le fasi del processo di apprendimento

Registrazione Sensoriale

Costituisce un processo pressoché spontaneo che agisce in assenza di attenzione consapevole. Per un tempo brevissimo quello che è stato percepito con gli organi di senso viene mantenuto all’interno di un magazzino sensoriale, specifico per l’organo attraverso il quale è stata raccolta l’informazione. Se non si “bada” a questa percezione il “ricordo immediato” decade dopo pochi decimi di secondo. Se invece l’informazione sensoriale viene selezionata la traccia mnemonica può passare ai successivi stadi di elaborazione ed essere conservata più a lungo.

Codifica

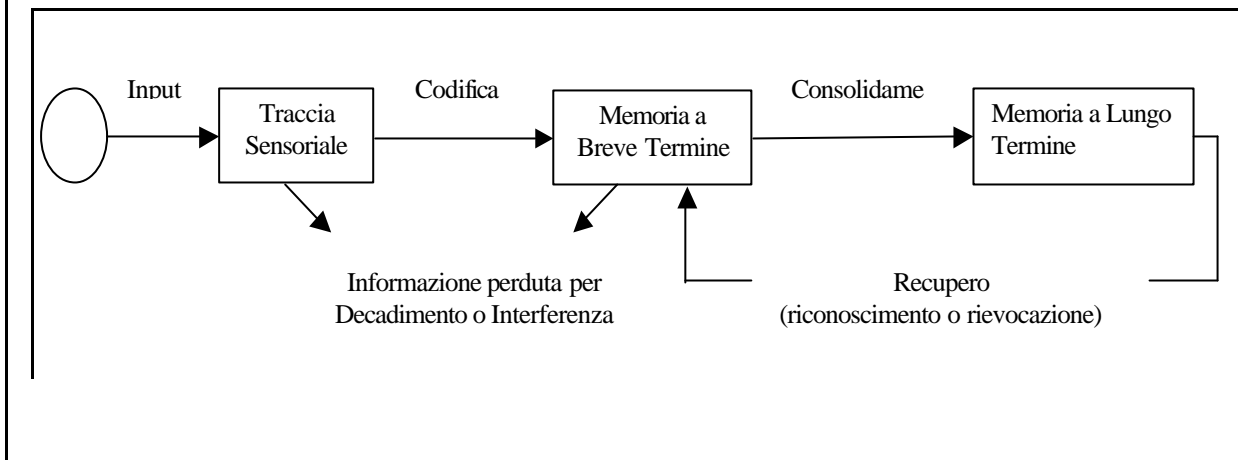
Questa seconda fase permette la memorizzazione dell’informazione attraverso la costruzione di una rappresentazione della percezione. In realtà si tratta di una traccia ancora molto debole, che per consolidarsi deve essere “mantenuta attiva” (si pensi a quando si ripete un numero di telefono per non dimenticarlo). Il ricordo a questo livello, ha una durata temporale molto breve (non oltre al minuto) e gli elementi che possono essere elaborati sono pochi (circa 7). Se questo processo va a buon fine, l’informazione entra in un magazzino di memoria temporanea denominato *Memoria a Breve Termine*.

Consolidamento

Se gli elementi della memoria a breve termine vengono ulteriormente elaborati, attraverso la ripetizione, l’associazione ad altre informazioni, l’interesse e la coloritura affettiva, si verifica un processo di consolidamento: la traccia che prima era debole viene rafforzata e resa stabile. L’informazione può essere così trasferita in un magazzino di memoria che, essendo illimitato sia per il numero di

informazioni che può contenere che per la sua durata, viene definito *Memoria a Lungo Termine*.

Tale processo viene esemplificato nella figura seguente tratta dal Modello di Atkinson e Shiffrin del 1968.



1.3.1. La Memoria a breve termine

La *Memoria a Breve Termine* è un sistema di memoria che immagazzina una quantità limitata di informazioni per un breve periodo di tempo. Se l'informazione non è continuamente "rinfrescata", questa decade in pochi secondi. La memoria a breve termine può essere verbale o visuo-spaziale, a seconda delle caratteristiche del materiale da ricordare. Essa può costituire un processo passivo (come quando si recupera un numero di telefono) o attivo nella misura in cui comporta una manipolazione delle informazioni immagazzinate (come quando si compongono le tessere di un puzzle).

1.3.2. La memoria a lungo termine

La *Memoria a Lungo Termine* è un sistema che immagazzina una quantità illimitata di informazioni per intervalli lunghi di tempo, da minuti ad anni, a volte anche per sempre.

La capacità degli anziani di rievocare episodi lontani nel tempo, è in parte, dovuta alle frequenti rievocazioni avvenute nel corso della vita, che ne hanno rinforzato la stabilità.

La memoria a lungo termine:

Dichiarativa (o Esplicita): permette la rievocazione verbale e cosciente di un evento. A sua volta la memoria dichiarativa si suddivide in:

- ? **Anterograda:** riguarda l'immagazzinamento di nuove informazioni. Il deficit di questa funzione si esprime nell'incapacità della persona di apprendere dalle esperienze presenti e fissare nel magazzino a lungo termine nuovi ricordi.

? *Retrograda*: riguarda le informazioni già immagazzinate. Il deficit di questa funzione si esprime nell'incapacità di recuperare episodi già sedimentati in memoria, riguardanti eventi passati.

La *Memoria Dichiarativa* può essere ulteriormente suddivisa in base ai contenuti informativi immagazzinati:

- ✓ Autobiografica: informazioni relative ad aspetti personali della vita del soggetto.
- ✓ Episodica: ha a che fare con eventi contestualizzati nel tempo e nello spazio.
- ✓ Semantica: è la memoria che attiene al significato delle parole ed al loro corretto utilizzo (es. come si denomina l'oggetto che serve per scrivere su un foglio?) e alle conoscenze generali sulle cose, non legate ad aspetti situazionali (es: Qual è la capitale d'Italia?).
- ✓ Prospettica: la memoria per eventi che avverranno in futuro (es. domani devo andare dal dentista.).

Non Dichiarativa (Implicita): attiene alle conoscenze concrete o evocative difficilmente traducibili nel linguaggio verbale. Si distingue ulteriormente in:

- *Procedurale*: ha a che fare con le procedure, con i comportamenti non verbali, le abitudini e le competenze motorie. Si riferisce quindi al saper fare (guidare, andare in bicicletta, preparare il caffè, scrivere...), quindi a tutti quei comportamenti che possiamo mettere in atto senza riflettere e che solitamente troveremmo assai difficile riferire compiutamente a parole.
- *Associativa*: riguarda la formazione di legami tra concetti, pensieri, esperienze, in modo più o meno consapevole. Questo comporta che l'attivazione di un elemento attivi anche l'altro a cui è associato (priming) Il gatto, come animale domestico, viene frequentemente associato spontaneamente al cane, poiché è l'altro animale domestico più diffuso. Al tempo stesso tuttavia, in base all'esperienza soggettiva personale esso può associarsi ad altri stimoli come "rosso" (perché il mio gatto è rosso) o all'emozione di "paura" (perché esperienze negative passate attivano in me questa emozione)

1.3.3 Memoria e deterioramento

Il deficit mnestico appare in modo precoce e rilevante, tanto da sembrare talvolta esclusivo, nelle prime fasi della storia clinica del malato di Alzheimer. Secondo Dal Sasso e Pigatto (2001, pag 132) il deficit mnestico costituisce il motivo di consultazione nel 80-90% dei malati di Alzheimer. La centralità del disturbo mnestico può porre maggiori difficoltà di classificazione per quanto riguarda invece le demenze ad esordio focale o con prevalenti disturbi psichici o comportamentali (malattia di Pick, demenze vascolari). In questi casi, infatti, si può riscontrare un relativo risparmio delle funzioni mnesiche nelle fasi precoci della malattia. Nella generalità dei casi si assiste, tuttavia, con l'evoluzione della patologia, ad un progressivo coinvolgimento di tutte le aree cognitive ed alla comparsa quindi di quadri di deterioramento generalizzato. Prendiamo come riferimento la demenza di Alzheimer per descrivere i disturbi della memoria e la loro progressione.

Secondo Ládavas e Berti, (1995, pag. 243) il disordine mnestico iniziale si configura come un disturbo episodico, di natura prevalentemente *anterograda*, cioè il soggetto tende a dimenticare gli eventi presenti e quotidiani (ciò che ha fatto durante il giorno) mentre gli eventi consolidati del passato rimangono ancora relativamente integri. Questo tipo memoria per i fatti della vita quotidiana viene denominata anche *on-going memory*.

La *memoria prospettica* risulta pure precocemente deficitaria: non ci si ricorda più gli appuntamenti, gli impegni e gli eventi che riguardano il futuro (potremmo dire che ci si dimentica di ricordare). I disturbi a carico delle funzioni mnestiche sono tuttavia progressivamente ingravescenti in modo da determinare, con il tempo, il progressivo sfaldamento del magazzino degli eventi remoti consolidati. Nelle fasi medie ed avanzate risulta compromessa, quindi, anche la *memoria episodica* nella sua componente *retrograda*. Il ricordo degli eventi della propria vita diventa sempre più confuso, impreciso o assente.

Per quanto riguarda la *memoria episodica* di tipo *anterogrado* i disordini vengono interpretati come difficoltà di codifica delle tracce mnesiche e di integrazione, dovute a un disturbo delle funzioni di controllo; per quella *retrograda*, in particolare la *memoria autobiografica*, il deficit sembra essere dovuto ad una crescente difficoltà nel recupero delle tracce mnestiche dovuto all'incapacità di mettere in atto strategie di ricerca attiva nel magazzino a lungo termine (Ladàvas, Berti 1995).

Per quanto concerne la *memoria a breve termine*, talvolta più conservata nelle prime fasi, i deficit eventualmente presenti, sembrano ampiamente riconducibili a componenti di tipo attentivo.

Si possono riscontrare importanti difficoltà anche a carico della *memoria semantica*: anomie, disturbi di denominazione ed impoverimento complessivo del linguaggio si presentano normalmente nel corso della malattia, fino a forme, più rare, di completa afasia nei casi di demenza semantica.

Funzioni Mnesiche	Invecchiamento sano	Demenza lieve
Memoria a Breve Termine <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Verbale</i> ▪ Visuo-Spaziale 	Relativamente integra (se il materiale da elaborare non è cospicuo)	Relativamente integra (se il materiale da elaborare non è cospicuo)
Memoria a Lungo Termine <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dichiarativa (verbale) 		
➤ Semantica	Relativamente integra	Compromessa
➤ Episodica	Relativamente integra	Compromessa
✓ Anterograda	Qualche difficoltà nella memoria di fonte	Precocemente compromessa
✓ Retrograda	Relativamente integra	Gradatamente compromessa
▪ Procedurale	Integra	Parzialmente integra
▪ Prospettica	Relativamente integra	Precocemente compromessa

1.4. Linguaggio

Il linguaggio è un sistema di comunicazione che permette di trasmettere informazioni e conoscenze da una persona all'altra, attraverso un complesso repertorio di comportamenti verbali. Un soggetto trasmette informazioni (significati) attraverso atti (segnali) che devono essere interpretati dal ricevente. Sia colui che trasmette il segnale che colui che lo riceve, devono essere dotati dello stesso sistema in grado di produrre e di comprendere il segnale, estraendo da esso i significati (Làdavas, Berti, 1995).

Il linguaggio è una delle funzioni cognitive tra le più complesse in cui l'attenzione, la memoria e l'integrità dei recettori uditivi e visivi, giocano un ruolo importante, al punto che le abilità linguistiche possono essere considerate dei buoni indicatori dello stato generale dell'invecchiamento cognitivo nell'anziano (Laicardi, Pezzuti 2000). L'integrità del linguaggio necessita di essere attentamente valutata poiché impatta in modo significativo sul senso di isolamento e frustrazione dell'anziano.

Generalmente negli anziani sani si assiste gradualmente ad un impoverimento nella capacità di produzione di parole riscontrabile sia attraverso prove di fluenza fonetica che semantica, come pure ad un restringimento della ricchezza sintattica rilevabile attraverso prove di rievocazione di racconti. Va tenuto conto tuttavia di come le prestazioni linguistiche siano strettamente condizionate dalle capacità di richiamo mestico, dal mantenimento dell'attenzione nelle sue diverse componenti e dall'allenamento.

La Rue, citato in Chattat 2004 (pag.76) , riassume in questo modo le principali trasformazioni del linguaggio che accompagnano l'invecchiamento non patologico:

- *la tendenza dell'anziano ad utilizzare molte parole per fornire la descrizione di un fenomeno (circonlocuzioni);*
- *la tendenza a fornire indicazioni funzionali relative agli oggetti o agli eventi piuttosto che descrittive;*
- *possibili errori semantici, soprattutto a carico dei nessi associativi;*
- *frequenti errori di tipo percettivo possono contribuire ad un apparente deficit di linguaggio.*

1.4.1 Linguaggio e deterioramento

Nella demenza, la progressiva compromissione delle aree cerebrali predisposte all'elaborazione del linguaggio, determina la comparsa di difficoltà sia di espressione e produzione verbale che di comprensione. Questi disturbi possono manifestarsi in tempi diversi a seconda dei malati.

Le alterazioni del linguaggio vengono denominate *afasie*. Si tratta di deficit a carico di una o più componenti dei processi di "rezezione" (la capacità di decodificare i segnali fonetici), di "comprensione" (capacità di cogliere i significati presenti in un messaggio) o di "produzione" (capacità di produrre i segnali del messaggio).

L'afasia non è una compromissione di tutte le attività comunicative del soggetto, ma soltanto della sua componente linguistica. Pertanto, una persona afasica potrà conservare buone capacità di comunicare, facendo ricorso a segnali comportamentali extralinguistici.

Le alterazioni linguistiche tendono a seguire un ordine di progressione con l'evolversi della patologia. Tale stadiazione fasica deve essere, tuttavia, considerata puramente indicativa poiché i profili patologici sono sostanzialmente altamente individualizzati.

Esordio – i deficit del linguaggio possono essere molto lievi e vengono riferiti dai soggetti come una difficoltà a concentrarsi sul filo del discorso o nell'evocare nomi di uso non frequente. Il linguaggio, pertanto, risulterà solo lievemente impoverito dal punto di vista dei contenuti informativi.

Fase iniziale - sono più frequenti le anomie (difficoltà ad attribuire il nome giusto alle cose), le latenze, le incertezze nella costruzione sintattica del periodo. Tuttavia, queste sono ancora adeguatamente compensate e corrette spontaneamente.

Fase intermedia – il linguaggio spontaneo risulta impoverito, il vocabolario è ridotto, specie per parole di uso non frequente; aumentano le anomie, le circonlocuzioni, le frasi fatte e le parole *partout*. I concetti possono essere espressi in modo confuso, come in assenza di un piano generale del periodo. Inoltre, si può notare un deficit nella scrittura, soprattutto per l'occorrenza di perseverazioni/ripetizioni o elisioni di singoli grafemi (segni grafici), cioè la perdita di alcune lettere che compongono le parole.

Fase avanzata – il linguaggio è più chiaramente compromesso, spesso caratterizzato da una vistosa inerzia dell'iniziativa verbale. La comunicazione è gravemente ridotta per la presenza di stereotipie, automatismi frasi fatte e per la povertà di parole a contenuto informativo. Sempre più frequenti sono le anomie e le strategie di compenso risultano inefficaci. I soggetti non sono più in grado di utilizzare una conversazione alternata e si esprimono spesso attraverso un linguaggio egocentrico

Fase finale - la comunicazione linguistica risulta gravemente compromessa a causa di un importanti deficit di comprensione e produzione; l'espressione spontanea è ridotta ad alcuni frammenti ecolalici (tendenza da parte del soggetto a ripetere, in maniera stereotipata e solitamente priva di consapevolezza, le ultime parole o i suoni uditi) ad automatismi e stereotipie. In casi meno frequenti si verifica un comportamento logoclonico (flusso incontrollato di sillabe o brevi elementi verbali che vengono ripetuti dal paziente in modo ripetitivo e, talvolta, incontrollabile (Denes, Pizzamiglio 1995).

1.5. Prassia

Le prassie sono quelle abilità che ci consentono di compiere movimenti specifici, semplici o complessi, finalizzati al raggiungimento di uno scopo, in maniera fluida, automatizzata e nella giusta sequenza. Quando queste abilità risultano compromesse si parla della presenza di sintomi aprassici. Nel paziente affetto da deterioramento cognitivo è possibile riscontrare frequentemente disordini nell'organizzazione motoria riferibili alle due principali forme di aprassia: *aprassia ideomotoria* e *aprassia ideativa*. Nel primo caso, il malato può presentare difficoltà nell'utilizzo, nella coordinazione o nella manipolazione di strumenti od oggetti di uso comune (posate, pettine, rasoio, telecomando...), rendendo spesso complicate le attività più semplici, come vestirsi, lavarsi o preparare il pranzo. Nel secondo caso, si tratta di un disturbo dell'attività gestuale, determinato dall'incapacità di organizzare e mettere in sequenza i singoli movimenti volontari al fine di produrre un'attività motoria intenzionale complessa. Quanto più il gesto o il movimento sono nuovi, tanto

più numerosi saranno gli errori di produzione. Dopo i primi anni di malattia possono evidenziarsi difficoltà di ordine prassico in alcune condotte domestiche e compiti motori comuni. Il disturbo diventa stabilmente evidente nelle fasi avanzate della malattia, quando si riducono ulteriormente le risorse di coordinazione e pianificazione residue.

1.6. Orientamento spaziale e temporale

Si può parlare di disorientamento quando la persona non è in grado di fornire le coordinate temporali e/o spaziali nelle quali si trova. Di solito compare prima la difficoltà ad orientarsi nel tempo e solo successivamente anche lo spazio diventa estraneo.

La persona malata oltre a non sapere più dove si trova, in che giorno, mese o anno sta vivendo, con l'avanzare della malattia, può non riconoscere più le persone che lo circondano e confondere i luoghi più prossimi ed abituali (es. l'ospedale con la propria casa).

Preme sottolineare che alcune manifestazioni di disorientamento, che a volte “esplodono” improvvisamente (ad esempio, durante ricoveri in ospedale), non sono legate al deterioramento, ma possono essere espressione di situazioni momentanee alle quali l'anziano non è pronto a rispondere e ad adeguarsi. In questi casi il disorientamento può essere dovuto a particolari condizioni mediche o psichiche contingenti e non appena queste vengono superate si potrà avere un ritorno alla normalità.

Il problema più grave per il malato non è non sapere che ora sia o non sia, riconoscere un luogo, ma l'ansia che ne deriva. Anche se la persona non è pienamente consapevole di aver perso l'orientamento spazio-temporale, può tuttavia manifestare irrequietezza, agitazione o paura poiché l'ambiente gli risulta estraneo e pieno di incognite.

1.7. Riconoscimento

Con il termine *agnosia* si definisce l'incapacità di riconoscere ed interpretare il significato delle informazioni visive, uditive o tattili, nonostante le capacità di recepire e registrare gli stimoli sensoriali siano integre. I difetti di riconoscimento possono riguardare oggetti di uso comune, persone, parti o sensazioni del proprio corpo.

***Le agnosie sono specifiche per modalità sensoriali,
per cui si potranno avere***

Agnosia visiva: il soggetto è incapace di riconoscere oggetti di uso comune. Non riesce ad attribuire ad essi il loro corretto utilizzo e significato funzionale. Quando l'agnosia visiva si riferisce al volto di persone conosciute prende il nome di prosopagnosia.

Agnosia uditiva/acustica: il soggetto, pur essendo in grado di sentire correttamente i suoni, non è in grado di attribuire ad essi il corretto significato.

Agnosia tattile: impedisce di riconoscere un oggetto attraverso il tatto, in mancanza di informazioni provenienti dagli altri sensi.

Agnosia visuo-spaziale o topografica: impedisce all'individuo di analizzare correttamente le informazioni spaziali.

E' facile osservare la comparsa, nelle fasi intermedie della demenza, di disturbi di riconoscimento, spesso aggravati dalla presenza contemporanea di complicanze organiche che alterano i sistemi sensoriali. La presenza di agnosia si manifesta in una difficoltà a riconoscere e identificare oggetti di uso comune nella vita quotidiana, per cui il malato sarà incapace a manipolarli ed utilizzarli in modo corretto. Il disturbo agnosico può palesarsi in una difficoltà a riconoscere le parti del proprio corpo e gli stimoli che da esse derivano come quelli dolorosi, il caldo, il freddo, la fame. Il questo caso la persona ammalata avrà necessità di essere attentamente assistita in tutte le sue necessità fisiologiche, con particolare attenzione ai possibili stati dolorifici. Il disturbo diventa particolarmente vistoso quando il malato non è più in grado di riconoscere persone familiari attraverso il loro volto e di discriminare i volti noti da quelli sconosciuti. Tardivamente, alcuni anziani con demenza possono perdere stabilmente la capacità di riconoscere anche se stessi allo specchio. Questi disturbi, talvolta, possono scatenare reazioni comportamentali ed emotive di paura, atteggiamenti oppositivi e ostili, di ansia ed agitazione.

1.8. Pensiero, giudizio critico e funzioni di controllo

Il pensiero astratto, la capacità di esprimere un giudizio critico, sono funzioni altamente complesse che ci permettono di risolvere problemi, modulare e pianificare i comportamenti. Queste capacità della mente umana sono alcune di quelle che vengono definite *funzioni di controllo* in quanto hanno la proprietà di monitorare e guidare l'utilizzo delle altre capacità cognitive. Esse costituiscono quelle funzioni, non routinarie, necessarie ogni volta che si debba risolvere un problema, correggere un errore, organizzare un comportamento o modificare una strategia di azione. Vengono anche definite *funzioni frontali* a causa della principale sede neuroanatomica in cui sono localizzate.

Una di queste è l'abilità di *pianificazione*. Essa è indispensabile per la programmazione della sequenza di operazioni che consentono di portare a termine qualsiasi attività complessa. Preparare una torta, ad esempio, implica una chiara idea delle azioni da intraprendere: gli utensili da predisporre, quali ingredienti andranno assemblati prima, quali dopo, in che momento scaldare il

forno e così via. Pianificare significa anche prevedere l'esito finale dei propri comportamenti, intuire, ad esempio, che spostando un libro dallo scaffale cadranno quelli ad esso appoggiati.

Altre funzioni frontali sono la *capacità di astrazione e di giudizio critico*: tali capacità, che contraddistinguono in modo specifico il pensiero umano, sono quelle che ci permettono di interpretare il significato di situazioni complesse, di espressioni linguistiche di carattere ambiguo, di comprendere l'ordine di una sequenza logica e così via. Se provo ad esprimere il significato concettuale di un banale proverbio come "*A caval donato non si guarda in bocca*" devo necessariamente fare ricorso alla capacità di astratte il senso generale di una immagine metaforica.

Un altro disturbo solitamente associato a lesioni di tipo frontale, o delle aree di proiezione frontale, è costituito dalla difficoltà ad inibire gli stimoli. La persona ha, in questo caso, scarsa capacità di interporre un pensiero complesso (giudizio di opportunità, valutazione del contesto, consapevolezza delle conseguenze) fra i suoi impulsi e le azioni. Si trova così a mettere in atto comportamenti impulsivi, disinibiti o prodighi in assenza di consapevolezza critica.

Queste competenze vengono inesorabilmente danneggiate dalla malattia con un ritmo, una progressione ed una specificità che non è, tuttavia, omogenea nei diversi pazienti.

Le funzioni di controllo sono solo gradualmente compromesse nella demenza di tipo Alzheimer, mentre i deficit a loro carico costituiscono il segnale identificativo precoce delle demenze di tipo fronto-temporale, con importanti conseguenze sul comportamento e la regolazione psicoaffettiva.

**Tabella Riassuntiva
dei Sintomi Cognitivi**

<i>Amnesia</i>	<p>Disturbo sempre presente nelle demenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequentemente non riconoscono percorsi o persone conosciute. ▪ Vengono fatte domande o affermazioni ripetitive ▪ La memoria più compromessa è quella degli eventi recenti. ▪ Le componenti mnesiche più conservate sono quelle autobiografiche consolidate e le competenze non verbali.
<i>Aprassie</i>	<p>Difficoltà a compiere gesti di vita quotidiana anche semplici (allacciarsi le scarpe, avvitare la macchiana del caffè).</p> <p>Difficoltà ad utilizzare oggetti di uso comune.</p> <p>Alcuni gesti ripetuti possono restare conservati.</p>
<i>Agnosia</i>	<p>Difficoltà a riconoscere gli oggetti, le loro proprietà ed il loro uso.</p> <p>Difficoltà a riconoscere le persone.</p>
<i>Afasia</i>	<p>Disturbo del linguaggio che si manifesta in molteplici modi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insalata di parole ▪ Uso di parole generiche (passepartout) ▪ Scarsa iniziativa verbale ▪ Logorrea ▪ Uso improprio della parole, scambio di parole ▪ Fenomeno della parola “sulla punta della lingua”
<i>Disturbi dell’Attenzione</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scarsa capacità di filtrare gli stimoli ▪ Scarsa durata dell’attenzione ▪ Tendenza ad essere facilmente distratti ▪ Mantenere l’attenzione costa molte energie e fatica
<i>Disturbi di Orientamento</i>	<p>Difficoltà ad orientarsi nel tempo (orario, mese, anno). Spesso non riescono ad attribuirsi un’età adeguata (anche approssimativa).</p> <p>Difficoltà ad orientarsi nello spazio ed a riconoscere persone note.</p>

CAPITOLO 2 – I SINTOMI PSICHICI E COMPORTAMENTALI

Abbiamo visto come la diagnosi di demenza comporti sempre la presenza di deficit cognitivi tali da interferire con le normali attività della vita quotidiana. Per le persone colpite diventa progressivamente più difficile svolgere le piccole attività che accompagnano la vita di tutti i giorni: conversare, occuparsi della propria igiene personale e domestica, preparare i pasti, passeggiare e così via.

Questi cambiamenti si accompagnano frequentemente all'insorgenza di sintomi di tipo psichico e comportamentale. La persona può cominciare a sviluppare modalità peculiari, apparentemente incoerenti o distorte, di organizzare il pensiero, le emozioni, le percezioni ed i comportamenti.

2.1. Sintomi Psichici.....

Potremmo definire sintomi psichici tutti quelli che attengono al mondo interno delle percezioni, delle emozioni e dei pensieri. Avremo manifestazioni cliniche diverse nel caso in cui le alterazioni investano l'una o l'altra di queste componenti.

Nel caso si tratti della *percezione*, la distorsione potrà dare origine ad *allucinazioni* di tipo visivo, uditivo, tattile. La persona vedrà, sentirà, toccherà oggetti assenti dal proprio campo di esperienza con una vividezza consistente ed inattaccabile. Tali alterazioni non riguardano il campo delle convinzioni ma quello delle evidenze; per questo motivo non è utile, nell'interazione con la persona ammalata, cercare di persuaderla del carattere illusorio delle proprie percezioni.

Non tutte le allucinazioni dei pazienti affetti da demenza si presentano in forma disturbante e malevola. Potrà apparire strano ma in molti casi esse costituiscono sintomi "innocui" che accompagnano la persona ammalata senza provocarle malessere. E' questo il caso, non infrequente, di persone che si vedono circondate da animali domestici o presenze familiari ormai scomparse da tempo.

Modificazioni nella coerenza ed aderenza del *pensiero* agli eventi esterni vengono definite *deliri*. Essi sono convinzioni, più o meno articolate, non supportate dalle evidenze, che possono risultare internamente coerenti o francamente bizzarre. Nelle demenze i deliri più frequenti assumono uno sfondo persecutorio, di rovina o di gelosia, manifestando, in modo particolarmente consistente, il vissuto di vulnerabilità e fragilità dei pazienti.

Le *alterazioni dello stato emotivo* si presentano molto frequentemente nel corso della malattia. Il tono dell'umore può manifestare stati persistentemente *depressivi*, *euforici* o una instabile *labilità* con alternanza di uno stato all'altro.

Frequentemente l'anziano affetto da demenza va incontro, con il passare del tempo, ad una condizione di *apatia* caratterizzata da una scarsa reattività agli eventi esterni, dal disinteresse per le cose della vita, da una difficoltà a provare coinvolgimento per le attività proposte. Anche l'*ansia*, l'*irritabilità*, la *paura* apparentemente ingiustificata sono frequentemente presenti, accompagnando la persona attraverso un mondo che gli appare sempre più pericoloso e minaccioso.

2.2.e Sintomi Comportamentali

I sintomi comportamentali sono quelli più chiaramente identificabili per le loro caratteristiche obiettive e manifeste. Essi sono costituiti da quell'insieme di atti realizzati dalla persona in modo osservabile, che rendono il suo comportamento non pertinente ed adeguato alla situazione. Potremmo immaginare qualcuno che urla di notte cercando di scappare di casa. Tale atto non è sintomatico in se, sarebbe infatti perfettamente adeguato se la casa stesse andando a fuoco ma risulta disfunzionale nel momento in cui è realizzato in modo sproporzionato o non giustificato dal contesto ambientale.

I comportamenti sintomatici presenti nella demenza sono molti e frequentemente comportano il maggior carico assistenziale per le famiglie e per gli operatori. Fortunatamente essi non si presentano in modo diffuso ed omogeneo in tutti i pazienti ed in alcuni casi, con il tempo, tendono a moderarsi o estinguersi spontaneamente.

I principali sono costituiti da disturbi del ritmo sonno-veglia, caratterizzati da frequenti inversioni giorno-notte o insonnia protratta; dai disturbi nel comportamento alimentare con ipo o iperfagia; da irritabilità ed aggressività verbale e fisica; da una attività motoria continua ed afinalistica (come strofinare, attorcigliare, rovesciare, tirare, camminare); da lamentazioni, urla o richieste protratte e persistenti.

Non è possibile dare delle linee d'intervento universalmente valide per gestire efficacemente questo tipo di sintomi. Quando essi si verificano in modo da compromettere il benessere e la qualità di vita del malato e di chi se ne prende cura vanno segnalati puntualmente al medico di riferimento, poiché in molti casi è possibile contenerne le manifestazioni attraverso un adeguato programma terapeutico.

E' importante, inoltre, tenere sempre presente che si tratta di comportamenti messi in atto da persone che non sono in grado di prevederne gli effetti e che agiscono sulla base di una patologia che rende il comportamento incoercibile. Immaginate come potrebbe risultare imbarazzante e bizzarro il vostro comportamento se non foste in grado di inibire alcuno degli stimoli, delle fantasie e degli impulsi che vi passano per la mente.

Pur essendo sintomi strettamente derivati dalla patologia, la loro manifestazione è frequentemente favorita da stimoli scatenanti e segnala uno stato di malessere e disagio.

L'azione di cura andrà quindi concentrata sulla identificazione sistematica degli eventi antecedenti e conseguenti all'agito sintomatico in modo da ridurre gli agenti disturbanti, comprendere il significato espressivo del sintomo ed estinguere i rinforzi involontari messi in atto dall'ambiente circostante

Facciamo un esempio:

Gli antecedenti: ciò che può aver scatenato il comportamento disturbante, anche i dettagli apparentemente secondari.	Il comportamento nella sua manifestazione: dove, come e quando è iniziato?	Le conseguenze: il risultato del comportamento sia sul malato che sull'ambiente e le persone che lo circondano.
<p><i>Gino deve andare ad una visita fisiatrica. La figlia arriva a casa sua un po' in ritardo dal lavoro. Lo incita a infilare il cappotto e salire in macchina. La figlia gli dice che sono in ritardo e deve muoversi, il tono di voce diventa più alto e l'eloquio rapido. Per farlo entrare in auto lo spinge leggermente ma nervosamente.</i></p>	<p><i>Gino in casa sembra nervoso. Di fronte all'auto non vuole entrare e si irrigidisce. Quando viene toccato Gino comincia ad urlare "Mi volete ammazzare!" E rivolge il bastone contro la figlia colpendola sulle gambe.</i></p>	<p><i>Gino continua ad urlare sostenendo che c'è gente cattiva che lo vuole uccidere. Che bisogna chiamare la polizia. La figlia piange nervosamente chiedendosi perché il padre ce l'abbia tanto con lei che fa il possibile per aiutarlo. Si sente incapace nel gestire la situazione. Decide di non recarsi alla visita prevista.</i></p>

In questo caso il comportamento problematico è identificabile con manifestazioni di aggressività verbale e fisica (...*rivolge il bastone contro la figlia colpendola sulle gambe*) accompagnate da ideazioni deliranti a contenuto persecutorio (*Mi volete ammazzare!*). Questi sintomi tuttavia non si presentano in modo casuale ed estemporaneo ma nel corso di un evento relazionale significativo.

Quali antecedenti possono aver scatenato il comportamento disturbato? Come possono essere stati interpretati tali antecedenti da Gino? E soprattutto quali effetti problematici e potenzialmente rinforzanti ha avuto questo episodio? Proviamo a dare una risposta a queste domande.

Sicuramente la fretta della figlia, indaffarata nelle tante attività quotidiane, si è espressa in atteggiamenti non verbali involontariamente coercitivi: immaginiamo degli atti rapidi e contratti, un eloquio veloce ed incalzante che culmina nel tentativo di farlo entrare in macchina spingendolo per forzare le sue resistenze.

Gino con molta probabilità non sa dove sta andando e non capisce il senso delle richieste che gli vengono fatte. Qualcuno lo forza a fare qualcosa che non vuole, si sente costretto e violato nel suo spazio fisico, probabilmente ha paura quando viene avvicinato all'automobile (non dimentichiamo

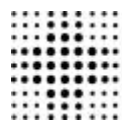
che potrebbe non riconoscerla) e si arrabbia. Non essendo in grado di elaborare le sue emozioni e trattenere gli impulsi Gino agisce la rabbia attraverso comportamenti aggressivi.

Il comportamento di Gino si ripercuote sulla figlia che si sente scoraggiata, incapace ed impotente. Decide di desistere dal tentativo di recarsi alla visita medica. Nell'insieme questo episodio rinforza soprattutto il senso di inadeguatezza della figlia che va invece supportata e indirizzata nell'utilizzare al meglio le sue capacità di accudimento e di cura nei confronti del padre. Il comportamento aggressivo di Gino, d'altro canto, viene involontariamente rinforzato poiché l'esito del suo gesto ottiene l'interruzione dell'attività temuta.

Tabelle Riassuntiva dei Sintomi Psicici e Comportamentali

<i>Depressione e Apatia</i>	La depressione è frequente soprattutto nelle prime fasi di malattia. L'anziano è spesso almeno parzialmente consapevole del proprio stato ed il senso di inadeguatezza che sperimenta ne mina profondamente l'autostima e l'immagine personale. La depressione nell'anziano si esprime frequentemente attraverso atteggiamenti di tipo apatico: ritiro, scarso coinvolgimento nelle relazioni, difficoltà o rifiuto di iniziare qualsiasi attività proposta, reazioni emotive di indifferenza o distacco anche ad eventi felici della vita personale o familiare.
<i>Ansia e Agitazione</i>	L'anziano affetto da deterioramento cognitivo si sente spesso fragile ed indifeso e per questo motivo tende ad avvertire il mondo esterno come potenzialmente minaccioso. In questi casi le sue reazioni comportamentali potranno essere eccessivamente guardinghe e suscettibili. Tutti i cambiamenti, le novità o gli eventi che si svolgono in modo improvviso possono suscitare allarme e paura. Uno dei timori più ricorrenti ed invasivi è quello di essere abbandonati e trovarsi soli che viene espresso attraverso la ricerca continua di vicinanza fisica al caregiver.
<i>Irritabilità</i>	Talvolta i malati manifestano più frequentemente del normale reazioni inaspettate di fastidio e rabbia soprattutto in presenza di iperstimolazione ambientale (sovrapposizione di rumori fastidiosi, richieste comportamentali incalzanti, la presenza di più persone).
<i>Aggressività</i>	L'aggressività può manifestarsi attraverso scoppi verbali, la minaccia o gli agiti violenti. Frequentemente essa viene messa in atto come forma estrema di autodifesa personale in situazioni che il malato percepisce come minacce per la propria incolumità, violazioni del proprio spazio fisico, della propria autonomia o della privacy. Talvolta, tuttavia, l'origine della minaccia appare ai caregivers

	completamente indipendente dalle condizioni circostanti. In questo caso si può pensare che percezioni o ideazioni interne possano essere all'origine di tali comportamenti (deliri ed allucinazioni).
<i>Irrequietezza e Stereotipie Motorie</i>	L'anziano mette in atto comportamenti motori incoercibili ed afinalistici di vario tipo: dondolamenti, manipolazione continua degli oggetti o di parti del corpo, sfregamenti, deambulazione. Tali azioni non sono dirette ad uno scopo riconoscibile, non si placano al raggiungimento di un obiettivo ma continuano ad essere espressi in modo continuo, fastidioso e talvolta pericoloso. Rientrano in questa categoria di comportamenti il bisogno incontenibile di camminare (wondering) che induce frequentemente al verificarsi di <i>fughe</i> dall'ambiente sicuro e anche l'emissione di continuativa di parole stereotipate, lamenti o vocalizzi. Questi comportamenti possono anche essere interpretati come una modalità di autostimolazione fisiologica
<i>Deliri</i>	I deliri costituiscono prodotti di un pensiero disfunzionale. Sono convinzioni rigide ed impermeabili che non posseggono aderenza ai dati della realtà circostante e non vengono modificati dalle evidenze contrarie. Nella demenza le forme più frequenti di delirio sono caratterizzate da contenuti di rovina (convinzione di trovarsi in condizioni economiche drammatiche), di furto, gelosia (nei confronti del coniuge) o minaccia fisica (convinzione che qualcuno voglia ucciderci, avvelenarci o farci del male).
<i>Allucinazioni</i>	Le allucinazioni costituiscono distorsioni della percezione per le quali il soggetto vede, sente, tocca, odora qualcosa che non è presente nel proprio campo percettivo. Anche in questo caso il sintomo ha carattere di impermeabilità alle evidenze esterne.
<i>Disturbi del Sonno</i>	Nelle persone affette da demenza i ritmi sonno-veglia possono risultare gravemente alterati nella loro regolarità, quantità e profondità. Le persone ammalate possono invertire il giorno con la notte, dormire pochissimo o quasi tutto il giorno, il sonno può essere agitato e leggero, caratterizzato da frequenti risvegli.
<i>Disturbi dell'Alimentazione</i>	La percezione e l'adeguato riconoscimento degli stimoli è normalmente compromessa nella demenza. Talvolta tale compromissione riguarda anche gli stimoli interni come il dolore, la fame e la sete. In questo caso la persona ammalata avrà particolari difficoltà a avvertire un congruente senso di fame o di sazietà mettendo in atto comportamenti iperfagici o ipofagici.



Scheda di Osservazione Comportamentale

Gli antecedenti: ciò che può aver scatenato il comportamento disturbante (anche i dettagli apparentemente secondari).	Il comportamento nella sua manifestazione: dove, come e quando è iniziato?	Le conseguenze: il risultato del comportamento sia sul malato che sull'ambiente umano e fisico che lo circonda.

Data e ora dell'osservazione. _____

Quali antecedenti possono aver contribuito a scatenare il comportamento? _____

Come possono essere stati vissuti tali eventi dall'anziano? _____

Quali accorgimenti possiamo adottare in futuro? _____

CAPITOLO 3 – LA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONALITA' COGNITIVA IN STRUTTURA

Come abbiamo visto nel primo capitolo, quando parliamo di funzioni cognitive intendiamo *tutte quelle abilità che ci consentono di raccogliere informazioni, immagazzinarle, valutarle e trasformarle per agire nel mondo attraverso comportamenti e linguaggio appropriati*. Esse ci sono indispensabili sia per modulare il nostro comportamento in base alle condizioni ambientali che per modificare tali condizioni e rispondere meglio ai nostri bisogni. La presenza di una demenza compromette, a vario grado, tutte le capacità cognitive dell'individuo determinandone una condizione di rigidità complessiva che gli impedisce di adattarsi ai normali cambiamenti ambientali. Decidere, ad esempio, quale maglia vestire al mattino, comporta le capacità di riconoscere i segnali interni che ci comunicano se è freddo o caldo, sapere dove si trovano le maglie nella camera, riconoscere la differenza fra lana e cotone, organizzare il movimento complesso che permette di indossarla. Tutte abilità alle quali non siamo abituati a riflettere, poiché ci appaiono scontate nella vita di tutti i giorni, ma la cui importanza diventa evidente quando, per qualche ragione, esse sono compromesse.

Le attività di stimolazione cognitiva costituiscono interventi mirati ad uno scopo: quello di attivare le capacità ancora parzialmente presenti, coinvolgendo l'anziano in modo gradevole e rinforzante. Per far questo diviene indispensabile possedere una adeguata conoscenza dello stato funzionale, cognitivo, emotivo e comportamentale delle persone che vogliamo coinvolgere. Una valutazione precisa e puntuale costituisce quindi il primo passo *indispensabile* perché si possa parlare effettivamente di attività di stimolazione. In caso contrario il nostro operare, per quanto volenteroso e creativo, rischia di naufragare nell'inefficacia, di ottenere addirittura risultati indesiderati come una ulteriore chiusura e rifiuto da parte dell'anziano, di lasciarci l'impressione sgradevole di muoverci senza bussola e quasi a caso.

Quando all'anziano vengono proposte attività inadeguate alle proprie capacità possiamo andare incontro a risposte che lasciano sconcertati e demotivati gli stessi operatori.

Reazioni frequenti a proposte di attività inadeguate

- L'anziano si chiude in una *apatia* impenetrabile, sembra non essere interessato a niente. Reazioni di questo tipo sono frequenti in tutti gli esseri umani quando si sentono annoiati, tristi, non compresi.
- Il *rifiuto* di impegnarsi in una attività può essere dovuto alla complessità del compito che non viene capito o provoca l'imbarazzo e la paura di sottoporsi ad una umiliazione.
- L'*irritazione* talvolta è una risposta prodotta dalle persone quando trovano le richieste esterne offensive, svilenti, infantilizzanti.

Per questi motivi è indispensabile che ogni struttura sia dotata degli adeguati strumenti di valutazione neuropsicologica che permettano di esprimere giudizi obiettivi sulla funzionalità degli ospiti in modo da progettare interventi chiaramente mirati a scopi realistici e condivisibili.

Sappiamo bene come non sempre le strutture siano dotate del personale qualificato alla somministrazione di adeguati strumenti di misurazione standardizzata ma questi rimangono gli unici metodi, chiaramente ed universalmente condivisi, per esprimere valutazioni funzionali precise e puntuali verifiche di efficacia sui risultati attesi.

La valutazione neuropsicologica è divenuta un esame indispensabile per più ragioni

- Consente di ottenere un quadro sullo stato di efficienza cognitiva del paziente.
- Contribuisce alla diagnosi precoce e differenziale di patologie neurologiche, quando gli strumenti neuroradiologici non rilevano significative anomalie.
- Permette di strutturare trattamenti di carattere riabilitativo.
- Permette una adeguata valutazione di efficacia degli interventi farmacologici e non farmacologici

Citiamo di seguito alcuni strumenti adatti ad una valutazione di primo livello, rapidi e comunemente diffusi, *ricordando che il loro utilizzo presuppone la presenza di personale specialistico, adeguatamente formato*, poiché la somministrazione e l'interpretazione dei punteggi richiedono competenze specifiche.

3.1. Strumenti di Valutazione

3.1.1.....dei sintomi Cognitivi

- **Mini Mental State Examination** – E' sicuramente lo strumento più diffuso per la rapidità e facilità di applicazione. Indaga sommariamente la memoria immediata e differita di materiale verbale, il linguaggio, l'orientamento spazio-temporale, l'attenzione, il calcolo e la prassia. E' un buon strumento di screening sulla cognitività globale ma non consente l'approfondimento di alcuna componente e soprattutto non rende possibile una adeguata differenziazione dei profili cognitivi
- **Milan Overall Dementia Assesment (MODA)** – E' una breve batteria testistica che fornisce una valutazione più articolata di: attenzione, intelligenza, memoria, linguaggio, cognizione spaziale e percezione visiva. Permette di differenziare le competenze nelle diverse aree cognitive al fine di strutturare un intervento mirato ma anche di ottenere un punteggio globale indicativo del livello di compromissione complessiva. La sua somministrazione richiede un tempo approssimativo di circa 30 minuti.
- **Alzheimer Disease Assesmente Scale (ADAS)** – E' uno strumento solitamente non utilizzato in fase diagnostica ma utile per valutare l'efficacia di un intervento terapeutico o riabilitativo. Consente di sondare diverse funzioni cognitive (apprendimento immediato e differito, riconoscimento, orientamento, prassie, comprensione, qualità del linguaggio spontaneo). La somministrazione richiede un tempo medio di circa 30 minuti.
- **Severe Impairment Battery (SIB)** - Viene utilizzata con pazienti giudicati moderato-severi che non riuscirebbero ad essere adeguatamente testati con gli strumenti precedenti. Richiede un tempo relativamente breve di somministrazione (20 minuti) ed è composta da richieste semplici che prevedono risposte sia verbali che non verbali. Permette di valutare lo stato dell'attenzione, dell'orientamento, il linguaggio, le abilità visuospaziali e prassiche. E' uno strumento attendibile e permette valutazioni ripetute nel tempo, prima e dopo gli interventi riabilitativi.

3.1.2.dello stato funzionale

- **Activities of Daily Living (ADL)** – Fornisce un punteggio indicativo della capacità della persona di compiere in modo autonomo alcune funzioni basilari della vita quotidiana

(alimentazione, abbigliamento, igiene personale, fare il bagno, uso dei servizi igienici, capacità di spostamento).

- *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* – Analizza la capacità di svolgere in modo autonomo attività complementari più complesse di quelle analizzate dalle ADL (uso del telefono, fare la spesa, preparare il cibo, cura della casa, bucato, uso dei trasporti, assunzione di farmaci, gestione del denaro).

3.1.3. ... dei sintomi non cognitivi

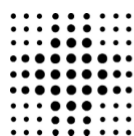
- *UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)* – Consente di valutare attraverso un colloquio strutturato con i caregivers più prossimi (operatori o familiari) lo stato psichico e comportamentale del soggetto in qualunque fase della malattia. Viene rilevato inoltre l'impatto stressante che i sintomi producono nelle persone che si prendono cura del malato.
- *Scala dei Disturbi Comportamentali nella Malattia di Alzheimer (Behave-AD)* – Lo strumento rileva la presenza e la qualità dei sintomi neuropsichiatrici che caratterizzano la demenza, in particolare di tipo Alzheimer. E' uno strumento che si presenta sotto forma di questionario e che può essere compilato anche autonomamente dal caregiver.

Per ulteriori approfondimenti si può consultare: *Strumenti per la valutazione del paziente affetto da demenza*, a cura della Regione Emilia Romagna, Ottobre 2000, scaricabile dal sito:

www.regione.emilia-romagna.it

Proponiamo di seguito uno strumento alternativo di semplice utilizzo per la valutazione dello stato funzionale dell'anziano. *La griglia di osservazione funzionale* può essere compilata da operatori esperti sulla base di una protratta osservazione dell'anziano nel suo contesto abituale. Non costituisce uno strumento diagnostico ma un semplice ausilio alla scelta delle attività riabilitative da proporre ed alla verifica conclusiva di efficacia. *La griglia di osservazione funzionale* permette di evidenziare il grado di conservazione di alcune competenze di base di tipo mnemonico, linguistico, prassico e di orientamento. Le attività riabilitative verranno strutturate in modo tale da fornire una stimolazione mirata alle funzioni ancora parzialmente conservate.

Durante un programma di stimolazione cognitiva si consiglia, inoltre, di utilizzare strumenti finalizzati al monitoraggio progressivo del gradimento, della partecipazione e dello stato psicoaffettivo delle persone coinvolte nelle diverse attività. Al termine di ogni incontro di stimolazione la compilazione delle *Schede di Monitoraggio* consente di verificare l'adeguatezza dell'attività proposta, il livello di rispondenza che ciascun ospite ha manifestato e correlare questi elementi ad eventuali fattori di disturbo di tipo ambientale o relazionale.



Servizio Assistenza Anziani e Disabili Adulti

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE FUNZIONALE				
Nanni R., Balducci S.				
LINGUAGGIO				
		SI	A volte	NO
Produzione	Utilizza frasi semplici di senso compiuto? <i>Ho fame. Voglio andare a casa.</i>	2	1	0
	Denomina oggetti di uso comune? <i>Chiedere al soggetto: che cos'è questo? (orologio, mela, occhiali).</i>	2	1	0
	Usa frasi dal significato apparentemente incomprensibile?	0	1	2
Comprensione	Comprende il significato di parole semplici?	2	1	0
	Comprende comandi semplici? <i>Prenda il bicchiere. Pieghi il foglio.</i>	2	1	0
		Totale Punteggio da 0 a 10		
		SI	A volte	NO
Scrittura	E' in grado di scrivere il proprio nome?	2	1	0
	E' in grado di scrivere frasi che contengano almeno un soggetto e un verbo (anche copiando o su dettatura)? <i>Il bambino gioca. Cade la neve. Ho fame.</i>	2	1	0
Lettura	E' in grado di leggere parole?	2	1	0
	E' in grado di leggere frasi?	2	1	0
	Mostra di comprendere il significato di ciò che legge? <i>Oggi è lunedì. Che giorno è oggi?</i>	2	1	0
		Totale Punteggio da 0 a 10		
MEMORIA				
Risponde correttamente a queste domande tratte dalla scheda autobiografica somministrata al familiare?		SI	A volte	NO
Autobiografica	Nome e cognome.	2	1	0
	Data di nascita.	2	1	0
	Nome madre e/o padre o altre figura di riferimento infantile.	2	1	0
	Attività lavorativa prevalente e/o luogo dove ha vissuto.	2	1	0
	Nome coniuge e/o figli e/o un amico.	2	1	0

		Totale Punteggio da 0 a 10		
RICONOSCIMENTO				
		SI	A volte	NO
Riconoscimento	Mostra di riconoscere alcuni suoni/rumori comuni? <i>(Es. campane, sirena ambulanza ecc.)</i>	2	1	0
	Mostra di riconoscere volti di persone note? <i>(Es. i figli, il coniuge, gli operatori ecc.)</i>	2	1	0
	Riconosce l'utilizzo di oggetti di uso comune? <i>L'uso della forchetta da quella del cucchiaino.</i>	2	1	0
	Riconosce alcune categorie sensoriali che caratterizzano gli oggetti? <i>Suddividiamo le palline bianche e quelle rosse; dividiamo le scatole grandi da quelle piccole, la pasta liscia da quella ruvida.</i>	2	1	0
	Riconoscere dal sapore o dal profumo alcuni alimenti. <i>Ad esempio: mandarino, caffè, cioccolata, rosmarino.</i>	2	1	0
		Totale Punteggio da 0 a 10		
ORIENTAMENTO				
		SI	A volte	NO
Orientamento Temporale	Riferisce correttamente il mese o la stagione dell'anno in cui ci si trova?	2	1	0
	Riconosce il momento della giornata in cui ci si trova: mattino, pomeriggio sera?	2	1	0
Orientamento Sociale	Riconosce in fotografia o di nome qualche personaggio pubblico particolarmente famoso? <i>Ad esempio: papa Giovanni Paolo II, il presidente della Repubblica, Pippo Baudo.</i>	2	1	0
Orientamento Spaziale	Riesce ad indicare la strada per recarsi in luoghi usuali della struttura? <i>Ad esempio: la sala da pranzo, il gabinetto, la chiesa.</i>	2	1	0
	Riesce ad indicare il luogo in cui si trovano alcuni oggetti di uso personale? <i>L'armadietto in cui si trova la propria biancheria, il cassetto in cui è contenuta una fotografia cara, l'astuccio dove si trova lo spazzolino.</i>	2	1	0
		Totale Punteggio da 0 a 10		
MOTRICITA'				
		SI	A volte	NO
	Deambula da solo?	2	1	0

	Con ausilio o aiuto?	2	1	0
	E' in grado di imitare un movimento semplice dell'operatore? <i>Alzare le braccia o le gambe, piegare la testa.</i>	2	1	0
	E' in grado di tirare una palla o spingere una sedia?	2	1	0
	E' in grado di compiere alcuni movimenti fini? <i>Abbottonare, colorare con un pennarello, copiare un disegno semplice (una stella o un fiore stilizzato), avvitare un coperchio.</i>	2	1	0
	E' in grado di muovere aritmicamente qualche parte del corpo ascoltando la musica su imitazione? <i>Con le mani o con il piede battiamo il tempo di un ritornello molto conosciuto.</i>	2	1	0
	Indossa qualche indumento autonomamente?	2	1	0
	Lava qualche parte del corpo autonomamente?	2	1	0
	Si pettina?	2	1	0
	Porta il cibo alla bocca autonomamente?	2	1	0
Totale				
Punteggio da 0 a 20				
TOTALE COMPLESSIVO FUNZIONI COGNITIVE				
Totale da 0 a 70				

SINTOMI PSICO - COMPORTAMENTALI					
In questo caso aggiungiamo 2 punti se il sintomo si presenta in modo continuativo o è particolarmente difficile da gestire per chi gli sta accanto.		SI	A volte	NO	Persistente e stressante
Deliri e/o Allucinazioni	L'ospite crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno stia cercando di fargli del male, di rubargli qualcosa, o che il coniuge lo tradisca. Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non sono presenti?	2	1	0	2
Agitazione Aggressività	Il paziente ha periodi durante i quali si rifiuta di farsi aiutare dagli altri? Ha reazioni intense nei confronti degli stimoli ambientali e si mostra infastidito da rumori, luci o presenza di alcune persone. Tende a reagire urlando o colpendo chi lo assiste o altre persone.	2	1	0	2
Depressione Apatia Indifferenza	Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di essere un peso o dice che gli altri starebbero meglio senza di lui? Dice di desiderare la? Ha perso interesse al mondo circostante ed è meno motivato ad iniziare le cose? Si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito?	2	1	0	2

Ansia	Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato? Sembra teso o agitato? È impaurito dal rimanere solo? Evita posti, situazioni o persone nuove?	2	1	0	2
Attività motoria aberrante	Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia il lenzuolo? Continua a mettere e togliere i vestiti? Sembra incapace di star seduto e muove in modo persistente i piedi o le dita?	2	1	0	2
TOTALE SINTOMI COMPORTAMENTALI Punteggio da 0 a 20					

RIEPILOGO DEI PUNTEGGI

Linguaggio	Produzione comprensione	
	Scrittura - lettura	
Memoria Autobiografica		
Riconoscimento		
Orientamento	Temporale	
	Sociale	
	Spaziale	
Motricità		
TOTALE funzionalità cognitiva		
Sintomi comportamentali	Deliri/allucinazioni	
	Agitazione/aggressività	
	Depressione/apatia/indifferenza	
	Ansia	
	Attività motoria aberrante	
TOTALE sintomi psico – comportamentali		

Indicazioni

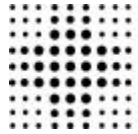
Gli obiettivi della stimolazione cognitiva consistono nel

- favorire l'utilizzo delle funzioni residue;
- promuovere esperienze gratificanti che sostengano l'autostima e l'immagine personale.

Per questo motivo si consiglia di coinvolgere i soggetti in quelle attività che vedono impegnate le funzioni più conservate limitando le richieste nelle aree più gravemente deficitarie.

Le capacità cognitive residue, quelle su cui verrà focalizzato maggiormente l'intervento, sono indicate da alti punteggi nelle diverse parti dello strumento (linguaggio, memoria, riconoscimento, orientamento, motricità).

Per quanto riguarda i sintomi psico-comportamentali la presenza di un punteggio elevato consiglia una attenzione valutazione dei bisogni del singolo utente e flessibilità nell'utilizzo di qualsiasi tecnica di stimolazione. In questo caso possono essere utili interventi che favoriscano la distensione fisica e psichica attraverso il rilassamento (stimolazione sensoriale, musica, canto, massaggio) e la liberazione di tensione muscolare (ginnastica).



Scheda di Monitoraggio delle attività di Stimolazione Cognitiva

Incontro n° _____ Data _____

Operatori presenti _____

Eventuali assenze motivate dei partecipanti:

Descrizione dell'Attività Odierna

Presenti							
Partecipazione							
Autonomia							
Gradimento							

Relazioni all'interno del gruppo

Presenti							
Socializzazione							
Collaborazione con altri							
Rispetto delle regole							

Riconoscimento ruolo dell'operatore							
Note							
Monitoraggio del comportamento durante l'attività							
<i>Presenti</i>							
Apatia							
Depressione							
Ansia							
Irritabilità							
Aggressività (indicare se verbale o fisica)							
Stereotipie motorie (indicare di che tipo)							
Deliri							
Allucinazioni							
Disinibizione							
Vocalizzazioni inappropriate							
Altro (specificare)							

Legenda

Per: Partecipazione, Autonomia, Gradimento
Socializzazione, Collaborare con altri, Rispetto delle regole, Riconoscimento del ruolo dell'operatore

Molto Buono	Buono	Discreto	Scarso	Assente
4	3	2	1	0

Per tutti i disturbi del psico - comportamentali

Assente	Lieve	Persistente
0	1	2

CAPITOLO 4 – L’APPROCCIO ALL’ANZIANO AFFETTO DA DETERIORAMENTO COGNITIVO: LA VALIDAZIONE EMOZIONALE

Non è vero che non si può comunicare con il malato di demenza, al contrario è possibile farlo durante tutta la durata della malattia.

La comunicazione con il malato è parte integrante della cura, contribuisce a migliorare la qualità della vita, evitare o ridurre molti disturbi comportamentali, dare dignità alla persona e a chi le sta vicino.

(Naomi Feil)

Dobbiamo provare ad immaginare il mondo mentale di una persona affetta da demenza, una persona spesso confusa, immersa in un mondo di immagini, sensazioni, oggetti e parole che perdono densità e coerenza. I punti di riferimento sembrano annebbiarsi, le cose non hanno più il significato preciso di un tempo. La barca della vita sembra a tratti immobile in mezzo ad un mare sconfinato. Che cosa capita attorno? Le percezioni confuse non appartengono più al mondo delle rappresentazioni complesse, ma al regno delle apparenze, evocatrici di fantasmi, risonanze, fantasie. Comunicare con una persona affetta da demenza vuole dire imparare ad avvicinare questo mondo, sforzarsi, spesso faticosamente, di interpretare le ombre, di capire ciò che non è comprensibile con la sola ragione, ma con il cuore e la fantasia.

Tuttavia anche questo mondo incerto ha le sue regole da rispettare.

Per comunicare con il malato è indispensabile conoscere e tenere conto di tutte le sue caratteristiche, di come la malattia abbia modificato il suo modo di percepire, intendere e reagire agli eventi, ma soprattutto di come essa si sia incontrata con una singola individualità, una storia di vita che rende ciascun malato unico pur nella similitudine dei profili diagnostici.

Innanzitutto sappiamo bene come comunicare voglia dire esprimersi (verbalmente, a gesti, per iscritto), ma anche comprendere (le parole, i suoni, la mimica) all’interno di una dinamica interpersonale che consente di interpretare costantemente le intenzioni e gli stati mentali dell’altro.

Ciò vuol dire, molto semplicemente, che nella normale conversazione tendiamo a dare per scontati gli assunti che consentono la reciproca comprensione, sapendo bene che il nostro interlocutore è dotato degli strumenti mentali per ricostruire il senso del discorso.

Facciamo un esempio: seduta a tavola con alcuni amici mi rivolgo verso la persona che mi siede accanto e, guardando la bottiglia alla sua destra, dico “*Ho una gran sete!*” il mio interlocutore non avrà difficoltà a capire che gli sto chiedendo di porgermi la bottiglia dell’acqua anche se io *non l’ho detto*.

Con una persona ammalata di demenza, tuttavia, le cose non stanno così. Non possiamo mai essere certi del grado di comprensione da parte dell’altro e, soprattutto, non possiamo utilizzare quel linguaggio indiretto al quale siamo normalmente abituati.

Ci troviamo nella situazione, un po' paradossale, in cui uno degli interlocutori, l'operatore, deve sempre esplicitare molto chiaramente le sue intenzioni, senza essere certo di ciò che l'altro abbia inteso, mentre la persona ammalata si attende, implicitamente, che i propri bisogni vengano sempre compresi e soddisfatti anche quando non è in grado di esprimerli.

Quando lavoriamo con una persona affetta da demenza, quando parliamo con lei, la alimentiamo, ci occupiamo dell'igiene, o la coinvolgiamo in una attività, dobbiamo stare bene attenti ad interrogarci su che cosa questa persona possa percepire, comprendere e pensare delle nostre sollecitazioni. Purtroppo le migliori intenzioni posso naufragare nel più clamoroso insuccesso quando non teniamo adeguatamente conto dello sguardo dell'altro.

Cosa provereste voi se uno sconosciuto vi si avvicinasse e con decisione vi conducesse verso una voragine aperta, un buco profondo di cui non vedete la fine, un oggetto misterioso che potrebbe risucchiarvi? Probabilmente ne sareste terrorizzati. Ma, pensateci bene, non potrebbe essere questa l'esperienza di un malato di Alzheimer che viene accompagnato al bagno?

Ora pensate di concentrarvi per un quarto d'ora per riuscire ad abbottonare con cura la vostra camicia e quando credete, tutti soddisfatti, di esserci riusciti arrivi un vostro familiare sbuffando. Avete messo la camicia sopra il maglione ed è abbottonata storta. Bisogna assolutamente ricominciare. Siete proprio degli incapaci!

Immaginate di vedere ombre che si aggirano per casa, vi sembra ci sia qualcuno ma non ne siete certi, poi un'immagine sembra più nitida, una figura si aggira nel vostro salotto, sicuramente un ladro, qualcuno che potrebbe aggredirvi per svaligiare la vostra casa. Siete spaventati, vi si gela il sangue, non sapete che fare. Gridate, qualcuno vi sentirà! Arriva vostro figlio tutto congestionato che vi dice: *"Basta mamma, non c'è nessuno in casa, devi stare tranquilla!"* e se ne va...., lasciandovi in compagnia di questa presenza inquietante.

La comunicazione fra operatore o familiare ed ammalato si trasforma frequentemente in una sofferta parodia, in cui ciascuno degli interlocutori parla da solo in uno spazio inaccessibile all'altro. Due persone parlano ma ciascuna delle due capisce cose diverse ed interpreta le intenzioni dell'altro attraverso le proprie lenti, senza che si realizzi alcuno spazio di sovrapposizione, di condivisione e di contatto.

Ecco la parola giusta. Perché una qualsiasi comunicazione possa essere veicolata bisogna cercare un punto di contatto. Non esistono regole certe, infallibili ed univoche per assicurarsi di trovare questo spazio accessibile. E' solo la sensibilità allenata dell'operatore esperto che consente l'accordo, la sintonizzazione emotiva sulla nota giusta. Tuttavia alcuni accorgimenti possono esserci utili.

***Utili accorgimenti nella comunicazione con la persona
affetta da demenza***

- Innanzi tutto è utile parlare alla persona ammalata ponendosi di fronte a lei, non lateralmente, in modo da assicurarsi il contatto visivo.

- Utilizziamo un tono di voce adeguato, non troppo stridulo ed acuto poiché gli anziani percepiscono male i toni alti.
- Se la persona a cui ci rivolgiamo sembra abbastanza tranquilla accompagniamo le parole al contatto fisico, lievi toccamenti delle mani e degli avambracci saranno sufficienti per aiutarlo a mantenere su di noi l'attenzione.
- Se invece la persona ci appare irritabile o alterata evitiamo una eccessiva vicinanza ed il contatto che potrebbe essere interpretato come una violenza o una intrusione.
- Manteniamo un eloquio lento, caratterizzato da frasi brevi, chiare e dirette. Evitiamo i giri di parole e non precorriamo i tempi parlandogli di cose che dovremmo fare in seguito
- Accompagniamo le parole al gesto, alla mimica ed eventualmente mostriamo fisicamente alla persona ciò che le stiamo proponendo. Ad esempio, chiedendogli di sedersi lo facciamo anche noi e tocchiamo la sedia su cui dovrebbe posizionarsi.
- Attendiamo. Dobbiamo avere la pazienza di aspettare una risposta a lungo. I tempi mentali della persona ammalata sono molto rallentati ed un silenzio potrebbe sottendere non l'assenza di comprensione ma l'elaborazione faticosa di una risposta.
- Il tono ed il ritmo della nostra voce comunica le nostre intenzioni ed i nostri stati d'animo. Prestiamo attenzione poiché su questo aspetto le persone malate sono molto più perspicaci di quanto possiamo immaginare.
- Anche con la persona più gravemente deteriorata partiamo sempre dal presupposto che potrebbe capire, anche parzialmente, ciò che le stiamo dicendo, esprimiamoci sempre con il massimo rispetto della sua sensibilità senza fare affermazioni che potrebbero arrecarle tristezza, umiliazione o vergogna.

Questi sono, per così dire, i consigli formali. Ma la comunicazione non finisce qui, anzi, proprio qui comincia. Una volta che siamo riusciti ad assicurarci, almeno temporaneamente, un canale libero dovremmo preoccuparci del contenuto. Oltre le cosiddette comunicazioni *di servizio*, che ci servono per assicurarci quel minimo di collaborazione nella realizzazione delle normali attività di vita quotidiana, è possibile conversare con la persona ammalata? E' possibile uscire dalle comunicazioni operative per interagire a livello umano in modo da scambiarsi e condividere pensieri, emozioni, ricordi? Certamente questo è possibile! L'ammalato, per quanto grave, è una persona dotata di tutte quelle reazioni naturali ai fatti della vita come la paura, la rabbia, la preoccupazione, l'ilarità, la nostalgia, l'insofferenza, il desiderio di tenerezza. Per quanto difficili da cogliere e, più o meno profondamente alterati, nella mente della persona ammalata passano dei pensieri, delle convinzioni, delle attribuzioni di significato, spesso non condivisibili, ma frequentemente comprensibili.

Quando usiamo il termine *validazione emozionale* intendiamo proprio questo. Si tratta della traduzione italiana del termine *validation* che, molto semplicemente potremmo definire un buon metodo per allenarci ad entrare temporaneamente nel mondo mentale del malato. Possiamo penetrare, come attraverso una crepa, al di là del muro e giocare con l'ammalato sul suo terreno. Di solito è un luogo in cui si può sostare per un tempo limitato, dopodichè ne saremo ricacciati fuori, un tempo limitato, ma sufficiente per capire meglio chi abbiamo di fronte e trovare, oltre la malattia, la ricchezza di una persona.

Bene, quando riusciamo a trovare questo contatto e sentiamo che l'ammalato vuole comunicare con noi qualcosa che riguarda i suoi desideri o i suoi stati d'animo, teniamo bene a mente che per quanto bizzarri, deliranti ed inopportuni ci appaiano i contenuti della comunicazione, le emozioni che la persona prova sono sempre vere.

C: Vado via, devo andare.

O: Carla dove devi andare?

C: Non senti che piangono, i miei bambini piangono (la paziente piange). Poverini, devo andare da loro.

In questo caso anche se Carla non ha dei bambini piccoli di cui occuparsi, il tormento, l'ansia, il desiderio di prendersene cura sono reali.

E' con la realtà di questi stati d'animo che dobbiamo cercare di sintonizzarci, chiedendoci sempre: *Che cosa prova in questo momento? Che cosa desidererebbe? A quale bisogno profondo risponde questa affermazione?*

Bisogni emotivi fondamentali

Solitamente i contenuti delle affermazioni, anche le più bizzarre ed improbabili, sono riconducibili ad alcune grandi aree dell'esperienza emotiva:

- Il bisogno di difendersi dalle possibili aggressioni reali o immaginarie.
- Il bisogno di sentirsi accuditi e amati.
- Il bisogno di conservare una buona immagine di sé.
- Il bisogno di sentirsi utili.

E' a questi bisogni fondamentali che dobbiamo cercare di fornire risposte validanti, accoglienti e rassicuranti. In molti casi, soprattutto quando il deficit è più avanzato, non è utile cercare di orientare l'ammalato alla realtà. Questo non farebbe altro che esacerbare il suo senso di solitudine, incomprensione e rabbia. Non dimentichiamo che il disorientamento può svolgere anche una importante *funzione protettiva* quando la realtà è diventata insopportabilmente dolorosa.

Alcune semplici tecniche possono essere utili nel gestire questo tipo di comunicazione in modo adeguato ed affettivamente significativo per la persona ammalata.

Tecniche di validazione emozionale

Riformulare – parafrasare il significato centrale di una affermazione, utilizzando le parole chiave adoperate dalla persona, specialmente quelle che ci appaiono più significative emotivamente.

P: Non vengono mai, mi lasciano sempre qua da sola.

O: Ti senti molto sola?

Accordare le emozioni – assumere un tono di voce, una postura o una espressione facciale adeguata all'emozione che la persona ci sta esprimendo.

O: Cosa fai Giorgio?

G. Metto via le mie cose, mi rubano tutto qui! Non ha visto come mi guardava quello la? Aspetta solo che mi addormenti per portarmi via tutto.

O: Mh, (assumendo una espressione preoccupata) Capisco che senta il bisogno di stare ben attento alle sue cose. Vediamo dove le possiamo nascondere bene.

Collegare – è importante creare un collegamento mentale fra il comportamento della persona ammalata ed il bisogno di base che tale comportamento sta esprimendo.

La persona comincia a spostare il mobilio nella stanza.

Espressione emotiva: insofferenza, irritabilità, noia; Bisogno sotteso di sentirsi utile e fare qualche cosa.

O: Vieni Rosa, mi aiuti a mettere in ordine le stoviglie?

Rispondere al bisogno emotivo – è possibile fornire una risposta confortante e sintonica con i bisogni emotivi espressi dalla persona ammalata anche quando le sue richieste appaiono irrazionali e confuse.

O: Luca, che cosa fai?

L: Basta, basta, voglio andare a casa mia

O: Ti senti male?

L: Lasciatemi stare!

O: Qualcuno ti ha infastidito?

L: Sì, cosa vogliono?

O: Certo...hai bisogno di essere lasciato in pace! ...Hai bisogno di riposare?

L: Sì.

CAPITOLO 5 – LA STIMOLAZIONE COGNITIVA DELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

La demenza si caratterizza per essere una patologia *cronica* e *progressiva*, cioè che permane nel tempo e tende gradualmente ad aggravarsi fino a privare la persona di gran parte delle sue facoltà mentali. Parlando di demenza, il termine *riabilitazione* può non sembrare il più indicato se, con esso, intendiamo letteralmente quelle procedure terapeutiche che permettono di abilitare, anche parzialmente, una persona ad una funzione temporaneamente compromessa. Nel nostro caso, purtroppo, sappiamo bene che il deterioramento è inesorabile e la *ri-abilitazione*, in senso stretto, non costituisce un obiettivo realistico.

Cosa intendiamo quindi per stimolazione cognitiva?

Proviamo a definirla partendo da quelli che riteniamo essere i suoi obiettivi principali.

Gli obiettivi della stimolazione cognitiva

Favorire l'utilizzo ed il mantenimento temporaneo delle funzioni residue

Il deterioramento cognitivo non si presenta in tutti i soggetti con le stesse caratteristiche e con lo stesso livello di gravità. I soggetti si differenziano per un diverso grado e qualità di capacità ancora presenti. Fare stimolazione vuole dire anzitutto conoscere il livello di funzionamento complessivo e specifico e modulare la proposta di attività in modo da promuovere l'utilizzo delle capacità ancora sufficientemente conservate. La stimolazione cognitiva è quindi un'attività altamente strutturata, da non confondere con qualsiasi tipo di proposta ludico-ricreativa. La differenza fra un intervento *naïf* ed una buona stimolazione non consiste principalmente nelle singole attività proposte, ma nel carattere orientato, individualizzato e specifico delle esercitazioni.

Promuovere esperienze gratificanti che sostengano l'autostima e l'immagine personale

Perché qualsiasi tipo di proposta possa essere accolta e realizzata dall'anziano affetto da demenza, questa deve proporsi in modo adeguato agli interessi e alle capacità di socializzazione della persona. In modo particolare, è importante che le attività permettano una sana autostima e promuovano il mantenimento di una buona immagine personale. Attività realizzate attraverso materiale infantilizzante possono, ad esempio, essere vissute come umilianti e di conseguenza venire rifiutate.

La Stimolazione Cognitiva si configura quindi, come un intervento strategicamente orientato al benessere complessivo della persona in modo da incrementarne il coinvolgimento in compiti finalizzati alla riattivazione delle competenze residue ed al rallentamento della perdita funzionale dovuta alla patologia.

Alla iniziale diffidenza del mondo scientifico per i trattamenti non farmacologici delle demenze si sta sostituendo, negli ultimi anni, un interesse crescente dovuto a due ordini di motivazioni. Innanzi tutto, i limiti dell'efficacia farmacologia impongono un approccio clinico multicomponenziale che abbia al centro non la guarigione (impossibile) del paziente, ma la cura (intesa come prendersi cura) della qualità di vita complessiva. In secondo luogo l'evoluzione delle neuroscienze non ha fatto che incrementare i dati a sostegno del carattere plastico ed adattabile del sistema nervoso alle modificazioni interne ed esterne, comprese quelle dovute ad eventi traumatici o patologici. Per *neuroplasticità* si intende infatti la capacità del cervello di modificare la propria organizzazione strutturale ed il proprio funzionamento per adattarsi a nuove richieste.

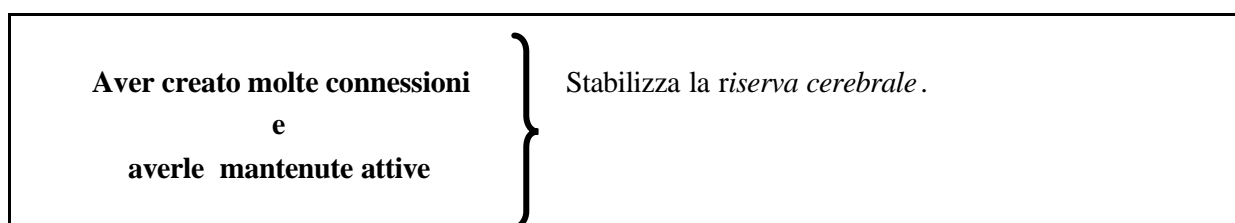
Le complesse funzioni che il cervello presiede sono determinate dal numero delle connessioni che intercorrono fra le cellule nervose. Per chiarire meglio utilizzeremo la nota metafora automobilistica. Il sistema nervoso potrebbe essere paragonato ad un ricchissimo sistema stradale su cui viaggiano enormi quantità di informazioni. Normalmente per recarmi in auto da Ravenna a Bologna mi immetto in autostrada, il viaggio è solitamente piuttosto rapido e scorrevole. Qualora tuttavia, a causa di un incidente, l'autostrada sia bloccata potrò ugualmente raggiungere Bologna attraverso un ricco sistema di strade statali. Ci metterò più tempo, il traffico potrebbe essere meno agevole, potrei anche perdere la direzione corretta ma tendenzialmente raggiungerò il mio obiettivo. L'attività mentale intrapresa, le esperienze ambientali, la qualità della formazione culturale e del lavoro svolto nel corso della vita, costituiscono potenti fattori che determinano il numero e la qualità delle connessioni attive. Quanto più una rete è dotata di numerose connessioni tanto più essa è ricca di percorsi alternativi che potranno sostituire e vicariare quelli eventualmente danneggiati dalla malattia o da piccoli traumi.

Nel cervello, sia dell'adulto che del soggetto anziano, i fenomeni di rimodellamento riguardano principalmente due processi neurologici: la formazione di nuove *sinapsi* (connessioni tra neuroni) in risposta al danneggiamento di vie nervose consolidate e la riattivazione di percorsi latenti, scarsamente utilizzati. La stimolazione cognitiva opera dunque favorendo la graduale riattivazione funzionale di vie nervose secondarie, ampiamente diffuse nei sistemi nervosi adulti. In risposta ad una lesione o ad una perdita fisiologica di materiale neuronale sarebbe dunque possibile il recupero di alcuni collegamenti inibiti, tramite esperienze di stimolazione sistematica (Cesa-Bianchi M., 1999).

Il nostro cervello sembra dotato di una sorta di *riserva cognitiva* costituita dal numero elevato di cellule nervose di cui siamo dotati e dalla quantità dei percorsi che le connettono. Potremmo immaginare un folto esercito impegnato in operazioni di guerra: i soldati di alcuni corpi scelti (come i nostri neuroni), utilizzati nelle operazioni più delicate, possono subire perdite drammatiche

ma anche essere rimpiazzati, allenando nuovi soldati semplici a prendere il posto dei compagni scomparsi. E' così che il nostro cervello, se adeguatamente stimolato, ripara autonomamente i propri piccoli danni.

Non è solo il numero delle connessioni ad essere determinante ma anche la loro *forza*, ovvero la frequenza con la quale esse vengono utilizzate. Ogni volta che un tracciato viene percorso da nuove informazioni esso si stabilizza e consolida, così che quanto più “spolveriamo” un ricordo o una abilità tanto più ne favoriamo il mantenimento. Sarà esperienza condivisa di chi abbia deciso di esercitare uno sport che non pratica da molti anni, accorgersi di quanto le prime mosse siano incerte, un po' impacciate, magari rigide ma, dopo poco allenamento sperimentare la sensazione piacevole di riappropriarsi prontamente di gesti iper-appresi (esercitati molte volte in passato) recuperando prontamente quella fluidità del gesto che avevamo in passato.



Mantenere cognitivamente impegnate le persone affette da deterioramento cognitivo facilita la permanenza temporanea di questa sorta di riserva cerebrale. Anche le persone con demenza sono ancora in grado di apprendere, consolidare o formare nuovi collegamenti, seppure in modo meno efficiente. Naturalmente questo processo non è in grado di compensare la degenerazione determinata dalla patologia, ma la contrasta consentendo il temporaneo mantenimento di alcune autonomie funzionali.

Alcune indicazioni utili

- **Scegliere le attività** in modo da assecondare predisposizioni, attitudini, gusti e passioni della persona. Per far questo è utile confrontarsi con la famiglia in modo da conoscere più a fondo gli interessi passati dell'anziano.
- **Non avere fretta** ma calibrare il ritmo con cui si propongono le attività al tempo di elaborazione richiesto dal malato. E' solitamente consigliabile scegliere bene poche cose da fare con molta calma.
- **Non forzare la persona** ad adeguarsi alle richieste, ma cercare il momento ed il modo più giusto per *agganciarlo* nelle attività proposte.
- **Non preoccuparsi di fare bene il compito.** L'obiettivo non è quello di ottenere una prestazione elevata, ma di coinvolgere la persona.

- **Non protrarre lungamente le attività** poiché le risorse di attenzione delle persone con demenza sono limitate e potrebbero stancarsi rapidamente.
- **Rinforzare positivamente gli sforzi compiuti** elogiando sempre ogni atto che manifesti il tentativo di coinvolgersi nelle attività proposte e di esprimere le proprie risorse. Non rimarcare mai gli eventuali errori.

Liberamente tratto da Luciana Quaia 2006 pag. 26

CAPITOLO 6 IL COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti il decorso progressivamente invalidante della demenza si sviluppa, solitamente, lungo un tempo di molti anni. Questo andamento della malattia rende il percorso di cura e assistenza gravoso, complesso e sottoposto a continue riorganizzazioni; molti di tali compiti di cura ricadono in modo sostanziale e preponderante sulle famiglie, che rappresentano la principale fonte di assistenza e tutela per i suoi componenti. Anche quando la rete dei servizi sociali e sanitari assume direttamente alcune delle funzioni di assistenza rivolte al malato, come avviene frequentemente nelle fasi più avanzate della malattia, la famiglia rimane quel luogo di affetti e di protezione, quel serbatoio di saperi ed abitudini indispensabili nella modulazione del rapporto con la persona malata. La famiglia riveste quindi sempre, lungo tutti gli snodi del percorso assistenziale, un ruolo prezioso, gravoso ma fondamentale che necessita di essere valorizzato, sostenuto ed accompagnato da tutta la rete sociale.

Sappiamo bene come la malattia sia caratterizzata da fasi distinte con disturbi che variano da persona a persona anche con il passare del tempo. Molto diverso sarà, ad esempio, prendersi cura di un coniuge nelle prime fasi di malattia, quando è disorientato, confuso, smemorato, spesso depresso, irrequieto, ancora abituato a guidare, a prendere decisioni sulla conduzione della vita domestica ma ormai in gravi difficoltà nel farlo correttamente; o invece nelle fasi più avanzate, durante le quali la persona avrà attenuato la propria consapevolezza di malattia ed abbandonato la maggior parte delle autonomie funzionali (mangiare, vestirsi, uscire autonomamente). Nel primo caso prevarrà l'incertezza (*come mi devo comportare quando vuole fare di testa sua?*), la negazione dello stato di malattia (*non è malato fa apposta, ce l'ha con me!*), la reciproca conflittualità, i giochi di ruolo e di potere. Nel secondo diventeranno più consistenti la fatica fisica e psichica, le conseguenze depressive di un forzoso e prolungato impegno assistenziale (*perdita del lavoro, delle amicizie, delle relazioni amicali e sociali*), il peso di una crescente responsabilità personale, spesso poco condivisa con altri familiari.

In entrambi i casi, tuttavia, ci troviamo in presenza di condizioni di intenso *stress* prolungato che mettono a dura prova la tenuta dei singoli e del sistema familiare. Il sostegno diventa quindi un intervento essenziale al fine di consentire al nucleo familiare un adeguato funzionamento come luogo di cura.

Affiancare i familiari, tuttavia, costituisce un compito complesso ed articolato che coinvolge una molteplicità di interventi multiprofessionali (medici, assistenziali, psicologici, sociali, informativi, economici, giuridici) distribuiti e condivisi nella rete dei servizi.

Dal punto di vista psicologico e sociale, il sostegno è indirizzato a promuovere, nel familiare, processi *cognitivi, comportamentali* ed *emotivi* che facilitino la gestione appropriata di una condizione di stress intenso e prolungato lavorando per implementare le capacità dei caregivers di

attivare protettivi fattori di mediazione. Vengono generalmente intesi come *fattori di mediazione* le risorse interne (convinzioni, aspettative, relazioni familiari, stili di personalità), quelle sociali e comunitarie (rete supportiva, servizi sociali e sanitari, sussidi economici, strumenti di tutela giuridica).

Il lavoro di sostegno si articola sostanzialmente attorno a tre dimensioni interconnesse: quella *psicoeducativa, elaborativa e relazionale*.

Conoscere un problema è fondamentale per riuscire ad attivare le risorse indispensabili ad affrontarlo. Una adeguata informazione comincia al momento della diagnosi, attraverso una restituzione chiara, precisa ed attenta alle capacità di comprensione, non solo intellettuali ma soprattutto emotive, della persona interessata e della sua famiglia. Il percorso *psicoeducativo* non costituisce un intervento unico, concluso in se stesso, ma una tipologia di interventi che si articolano nel tempo, dal momento della diagnosi alle diverse fasi del prendersi cura. Esso può essere realizzato attraverso colloqui famigliari, mirati ed individualizzati, e/o attraverso i *Gruppi Formativi*, a seconda dei bisogni espressi da ogni singolo nucleo familiare e delle esigenze peculiari della fase assistenziale. Frequentemente, ad esempio, le persone che hanno preso parte agli incontri formativi di gruppo, richiedono una consulenza individualizzata in un momento successivo, durante il quale si pone la necessità di una nuova scelta. L'atteggiamento psicoeducativo si concretizza attraverso l'attenzione costante al coinvolgimento della famiglia, messa nelle migliori condizioni per capire quanto avviene ed assumere decisioni in modo sereno e consapevole.

Gli interventi di sostegno devono proporre uno spazio di ascolto e di riflessione articolato, che consenta inoltre la graduale *elaborazione* dei cambiamenti in corso ed un adattamento progressivo alle trasformazioni di vita e di identità. Reazioni emotive comuni e normali lungo il percorso di cura sono il *rifiuto* e la *negazione* di quanto sta accadendo; la *rabbia* diretta verso il malato, gli altri, se stessi; il senso di *impotenza*, di incapacità o di non efficacia personale; la *colpa*; la *depressione*. E' importante imparare a riconoscere questi sentimenti e le reazioni comportamentali che da essi derivano. Sovente, il confronto fra famigliari è illuminante attraverso le possibilità che offre di rispecchiamento e riconoscimento (*nell'altro riconosco ciò che è successo o che sta succedendo anche a me stesso*). All'interno della famiglia la malattia determina, inoltre, profonde trasformazioni di ruolo: *chi si prende cura del malato? chi si assume quei ruoli nuovi che prima rivestiva la persona?* Cambiano i rapporti fra le persone e le responsabilità che ciascuno sarà chiamato ad assumere. Cambia il modo attraverso il quale i membri della famiglia considerano se stessi e gli altri. Ad un certo punto la malattia impone di assumere decisioni cruciali (limitare l'uso dell'auto, assumere una assistente familiare, inserire la persona all'interno di un centro diurno o di una struttura protetta, richiedere una procedura di tutela legale e così via), spesso non gradite al malato, controverse all'interno della famiglia, tormentate anche da parte del caregiver. Assumere queste decisioni comporta un confronto con le proprie convinzioni più profonde, con il sistema di significati personali che ciascuno di noi assegna a queste scelte. Ci accorgiamo quotidianamente come sia importante affiancare i famigliari durante questi momenti di difficile transizione, attraverso un ascolto attento, partecipe e rispettoso, che sappia riconoscere e contenere le normali

ansie, restituendo una rappresentazione condivisa di *efficacia personale e collettiva* nella gestione dei normali problemi di cura.

Le famiglie inoltre, in particolare i coniugi anziani, vivono condizioni di intenso *isolamento sociale* e relazionale. Viene sperimentata la perdita di tempo per se stessi, la riduzione o l'assenza di qualsiasi attività piacevole, sovente l'isolamento da parte di conoscenti o familiari. Da questo punto di vista è importante lavorare attraverso interventi supportivi di gruppo, che consentano la creazione di relazioni significative, sul modello dell'auto aiuto, implementando le capacità di ascolto reciproco, di socializzazione e la possibilità di dedicare un po' del proprio tempo alla cura di sé, senza troppi sensi di colpa.

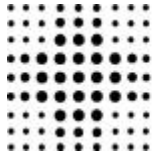
Anche l'anziano che giunge in struttura ha una famiglia al proprio fianco. Una famiglia che sovente è arrivata alla decisione dell'inserimento in modo tormentato e normalmente ambivalente (*devo proprio farlo ma preferirei non averne bisogno!*), dopo anni trascorsi in una faticosa assistenza quotidiana. I primi passi del rapporto fra famiglia e struttura sono momenti importantissimi e molto delicati. Accogliere un nuovo ospite significa accoglierlo con tutta la propria storia, rappresentata in modo imprescindibile dagli affetti famigliari. Più che mai questa è una malattia la cui cura presuppone la capacità di comunicare, di stare in relazione con il malato e con il suo nucleo, in modo tale da ricomporre la possibilità, anche in ambiente istituzionale, di uno stato di benessere complessivo.

Oltre a conoscere le potenzialità residue, per proporre e svolgere con successo attività stimolanti e gradevoli per l'anziano, occorre possedere informazioni particolareggiate su di lui: i suoi gusti, le sue abitudini, gli eventi significativi della sua vita, le sue convinzioni profonde, i suoi affetti, e così via. Queste informazioni, significative sul piano emozionale e relazionale, consentono agli operatori di approcciare la persona nella sua individualità, costruendo attorno a lui un sistema di riferimenti che riconnettano il presente al passato, la persona che è ora con la sua storia. La famiglia e gli operatori sono reciprocamente indispensabili per costruire insieme quell'ambiente accogliente, protettivo e significativo, fatto di luoghi fisici ma anche emotivi e motivazionali, che solo può determinare la qualità di vita della persona ammalata.

L'*Intervista Biografica*, che proponiamo di seguito, ha l'obiettivo di aiutare gli operatori a raccogliere, in modo ordinato e sistematico, durante la fase di inserimento dell'anziano in un servizio domiciliare o residenziale, le informazioni utili ad una sua maggiore conoscenza, ad una adeguata accoglienza, alla stesura dei *Programmi Assistenziali Individualizzati (PAI)* o ad una gestione più consapevole e rispettosa delle eventuali difficoltà psico-comportamentali.

L'intervista viene solitamente condotta con il caregiver principale, nel periodo che precede l'inserimento all'interno di un servizio della rete. Il colloquio deve essere condotto in modo discreto ed in condizioni sufficientemente riservate e protette, tali da consentire al familiare, se lo desidera, di lasciarsi andare e di confidare le informazioni che ritiene effettivamente importanti. I vissuti e le opinioni espresse dai famigliari devono essere sempre valorizzate e trattate con profondo rispetto, anche qualora l'operatore non condivide pienamente la stessa valutazione dell'anziano. Non dimentichiamo che la nostra competenza tecnica non sostituisce, ma completa ed assiste, la

competenza storica ed emotiva del caregiver. Questo intervento costituisce una occasione preziosa di conoscenza reciproca fra il familiare e la struttura, un primo momento di ascolto ed accoglienza che getta le basi per la proficua collaborazione futura. Il coinvolgimento del familiare è un aspetto qualitativamente rilevante nella gestione di un servizio, esso va perseguito fin dall'inizio e rinforzato durante tutto il percorso di cura, attraverso il progressivo scambio di reciproche informazioni e favorendo la partecipazione dei congiunti alla vita della comunità.



INTERVISTA BIOGRAFICA

Nome Cognome
Eventuale Soprannome
Data di Nascita Luogo di Nascita
Ultima Residenza
Anni di Scuola Frequentati

Famigliari di Riferimento

Nome Cognome
Indirizzo Telefono
Grado di parentela
 coniuge/convivente sorella/fratello
 figlio/figlia altro parente
 altra persona non parente

Nome Cognome
Indirizzo Telefono
Grado di parentela
 coniuge/convivente sorella/fratello
 figlio/figlia altro parente
 altra persona non parente

Nome Cognome
Indirizzo Telefono
Grado di parentela
 coniuge/convivente sorella/fratello
 figlio/figlia altro parente
 altra persona non parente

Famiglia d'Origine

Padre
Nome Cognome
Eventuale Soprannome
Località d'Origine Lavoro

Note

Madre

Nome

Cognome

Eventuale Soprannome

Località d'Origine

Lavoro

Note

Fratelli e/o sorelle

Si *No*

n. nati

n. attualmente in vita

Nome

Cognome

Posizione nella fratria (1°, 2°...)

Età

Dove risiede

Qualità dei rapporti

ottimi e frequenti

buoni e frequenti

buoni ma diradati

scadenti

Note

Nome

Cognome

Posizione nella fratria (1°, 2°...)

Età

Dove risiede

Qualità dei rapporti

ottimi e frequenti

buoni e frequenti

buoni ma diradati

scadenti

Note

Nome

Cognome

<i>Posizione nella fratria (1°, 2°...)</i>	<i>Età</i>
<i>Dove risiede</i>	
<i>Qualità dei rapporti</i>	
<input type="radio"/> <i>ottimi e frequenti</i>	<input type="radio"/> <i>buoni e frequenti</i>
<input type="radio"/> <i>buoni ma diradati</i>	<input type="radio"/> <i>scadenti</i>
<i>Note</i>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<i>Dove ha risieduto la famiglia di Origine</i>	
<hr/>	
<i>Eventuali altre persone significative</i>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
Famiglia Acquisita	
Partner affettivi	<input type="radio"/> <i>Si</i> <input type="radio"/> <i>No</i> <i>Attualmente in vita</i> <input type="radio"/> <i>Si</i> <input type="radio"/> <i>No</i>
<i>Eventuali partner precedenti deceduti</i>	
<hr/>	
<hr/>	
<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>
<i>Località di Provenienza</i>	<i>Occupazione</i>
<i>Qualità dei rapporti</i>	
<input type="radio"/> <i>molto buoni</i>	<input type="radio"/> <i>buoni</i>
<input type="radio"/> <i>conflittuali</i>	<input type="radio"/> <i>molto scadenti</i>
<i>Note</i>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
Figli	<input type="radio"/> <i>Si</i> <input type="radio"/> <i>No</i> <i>n. nati</i>
	<i>n. attualmente in vita</i>
<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>
<i>Posizione nella fratria (1°, 2°...)</i>	<i>Età</i>
<i>Dove risiede</i>	

Qualità dei rapporti

? ottimi e frequenti

? buoni e frequenti

? buoni ma diradati

? scadenti

Note

Nome

Cognome

Posizione nella fratria (1°, 2°...)

Età

Dove risiede

Qualità dei rapporti

ottimi e frequenti

buoni e frequenti

buoni ma diradati

scadenti

Note

Nome

Cognome

Posizione nella fratria (1°, 2°...)

Età

Dove risiede

Qualità dei rapporti

ottimi e frequenti

buoni e frequenti

buoni ma diradati

scadenti

Note

Occupazioni Interessi ed Abitudini

Titolo di Studio _____

Principale Occupazione

Svolta presso

Eventuali ulteriori occupazioni

Interessi

Eventuali credenze fortemente radicate, rilevanti sul piano dell'identità personale.

- Religiose _____
- Politiche _____
- Culturali _____
- Etniche _____
- Altro _____

Abitudini alimentari rilevanti

Abitudini rilevanti nelle attività di vita quotidiana

Note

Altri Eventi Rilevanti

Trasferimenti

Lutti significativi

Eventi Traumatici

Note

Data di Compilazione

Operatore

Famigliare

CAPITOLO 7 Indicazioni metodologiche per la costruzione di un progetto di stimolazione cognitiva

“La progettazione non è mai soltanto un evento di tipo razionale, bensì anche emotivo. Ora l'intreccio tra razionalità e affettività può dare origine ad alcuni nodi critici che troppo spesso vengono trascurati.....”

*A.Orsenigo, “La progettazione luogo di cambiamento”
Animazione Sociale Dicembre 1997*

Perché progettare?

L'attività di progettazione si propone di pianificare il futuro, prevedendo le difficoltà da superare e gli effetti del nostro operato. Essa è indispensabile per inserire in un contesto preciso le *azioni* e gli *obiettivi* che si intendono perseguire, soppesare le risorse disponibili in vista non di semplici prestazioni, ma di *risultati riscontrabili e misurabili*. Progettare con attenzione ci consente di verificare la qualità del nostro operato in termini di efficacia ed efficienza e misurare la capacità di un'organizzazione di perseguire le proprie finalità.

La pianificazione è costituita da un insieme di attività di scoperta, di ricerca, di verifica e di controllo, con cui vengono determinati gli obiettivi di un intervento e guidato il processo decisionale che consente di monitorare, ed eventualmente correggere, il proprio operato in vista della realizzazione degli obiettivi preposti.

Il progetto è uno strumento di lavoro teso ad organizzare

- *Obiettivi Generali*
- *Obiettivi Particolari o Specifici*
- *Azioni*
- *Condizioni Organizzative*
- *Indicatori di Efficacia*

La stesura di un progetto è elemento indispensabile alla realizzazione di interventi mirati di Stimolazione Cognitiva. Esso consente agli operatori ed agli interlocutori istituzionali di

comprendere con precisione la natura dell'intervento, le sue modalità di conduzione e gli elementi che ne consentono una verifica puntuale di risultato.

Definizione dell'obiettivo generale

Prendiamo come esempio una attività di stimolazione mirata al mantenimento di autonomie motorie fini, svolta con anziani affetti da demenza residenti in una struttura. L'attività ha il seguente obiettivo generali: *favorire la stabilità delle competenze motorie.*

Definizione degli obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici di una attività consentono di definire con maggior dettaglio le azioni da intraprendere, coerentemente con gli obiettivi generali. Essi descrivono, nel modo più preciso possibile, i risultati attesi.

Seguendo l'esempio sopraesposto potremmo considerare obiettivi specifici:

- *il mantenimento di comportamenti di autonomia nelle azioni di cura della persona: lavarsi, indossare autonomamente alcuni capi di abbigliamento;*
- *il mantenimento di competenze di pianificazione ed organizzazione del gesto su richiesta: piegare un foglio, copiare un semplice disegno, avvitare una moca.*

Le condizioni organizzative

Definiscono il piano di fattibilità degli obiettivi prefissati, le condizioni materiali ed gestionali che rendono possibile il loro conseguimento. La loro individuazione deve tenere conto di:

- *Le risorse economiche (disponibilità di un operatore dedicato all'organizzazione ed alla realizzazione dell'intervento);*
- *Le risorse temporali (l'intervento verrà realizzato attraverso tre incontri formali alla settimana della durata di 1 ora e micro interventi informali realizzati durante l'adempimento delle quotidiane attività di assistenza alla persona; ciascun ciclo di intervento verrà realizzato per un periodo di 3 mesi al termine del quale verrà effettuata l'azione di verifica e rimodulazione);*
- *Le risorse strumentali (carta, pennarelli, indumenti, spazzole e pettini, moca, buste da lettera, strofinacci, posate, grattugia...);*

- *Il numero dei professionisti coinvolti (1 fisioterapista e 1 operatore all'assistenza di base per le attività formali);*
- *La tipologia ed il numero di soggetti ai quali è rivolto l'intervento (l'intervento si rivolge a persone con demenza caratterizzate dal permanere di discrete autonomie motorie negli ambiti di intervento valutate attraverso l'osservazione degli operatori e la compilazione della Scheda di Osservazione Funzionale, l'intervento viene realizzato in gruppo per 8-10 persone per ogni ciclo di intervento)*
- *Le risorse ambientali (l'attività verrà svolta nella saletta dedicata alle attività motorie ad uso esclusivo del gruppo in trattamento durante gli orari prefissati).*

Definizione delle azioni

Sono tutte quelle attività che poniamo in essere per raggiungere un obiettivo specifico. Esse devono essere definite in modo essenziale, logico e consequenziale in vista del raggiungimento degli obiettivi preposti. Fra le azioni è essenziale che venga indicata la metodologia seguita ed, in particolare, gli strumenti per l'individuazione dei soggetti ai quali l'attività viene rivolta, e per il monitoraggio progressivo e finale di efficacia.

I soggetti vengono individuati tramite valutazione effettuata dal Fisioterapista, attraverso osservazione delle competenze motorie residue e compilazione della Scheda di Osservazione Funzionale. Verranno inseriti nel gruppo persone con sufficiente preservazione delle autonomie prassiche coinvolte e caratterizzate dalla capacità di comprendere un comando semplice o eseguire un gesto su imitazione dell'operatore.

Durante l'attività i soggetti verranno allenati alla realizzazione di compiti motori semplici e gradualmente più complessi definiti attraverso un elenco formalizzato di attività.

La stimolazione verrà presentata sotto forma ludica in modo da incentivare il gradimento e la partecipazione.

Gli indicatori di risultato

Gli indicatori di risultato rappresentano la sostanziale valutazione obiettiva della correttezza dell'intervento realizzato. Una puntuale e precisa verifica dei risultati consente, inoltre, di individuare eventuali fattori impreveduti che hanno compromesso la buona riuscita di un buon risultato ed operare puntualmente gli adeguamenti organizzativi necessari.

Gli indicatori di risultato vengono individuati in questo caso in:

- *Gradimento e partecipazione regolare agli incontri da parte degli ospiti (rilevata a fine attività attraverso le Schede di Monitoraggio).*

- *Mantenimento temporaneo delle autonomie esercitate (rilevato attraverso la somministrazione delle Schede di Osservazione Funzionale e dalle osservazioni effettuate dagli altri operatori nel corso delle normali attività di assistenza alla persona*

SECONDA PARTE

PROPOSTE DI INTERVENTO

Progetto di Stimolazione Cognitiva centrata sull'Orientamento

Obiettivi

L'obiettivo del progetto consiste nel favorire l'utilizzo delle funzioni di orientamento in pazienti affetti da demenza di grado lieve-moderato tramite ripetute stimolazioni multimodali (verbali, visive, sonore) concernenti tre ambiti di esperienza:

- *Lo Spazio di vita*: orientamento all'interno della struttura, localizzazione della propria camera, riconoscimento degli spazi pubblici frequentati;
- *Il Tempo in cui sono immerso*: uso di calendari, riconoscimento di stagioni dell'anno, orientamento nell'arco della giornata;
- *Gli Altri che mi circondano*: riconoscimento dei membri della propria famiglia, riconoscimento degli altri ospiti, riconoscimento degli operatori.

Soggetti

Il progetto si rivolge a pazienti affetti da deterioramento cognitivo lieve o moderato, caratterizzati dal permanere di sufficienti capacità residue nell'ambito dell'orientamento, valutato tramite la somministrazione della *Griglia di osservazione funzionale*, in assenza di gravi disturbi del comportamento che possano pregiudicare la partecipazione alle sedute riabilitative.

Metodo

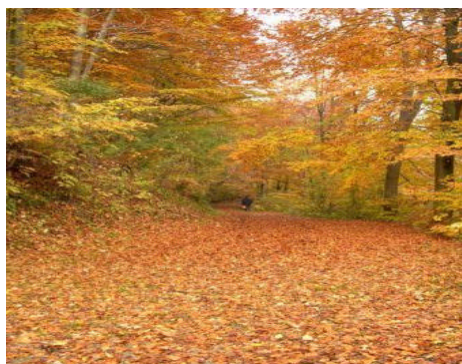
Il programma di orientamento prevede un lavoro continuativo attraverso esercitazioni mirate nelle tre aree di azione. Ai soggetti coinvolti viene spiegato che lavoreremo in piccolo gruppo per un tempo di almeno tre mesi per esercitare insieme la capacità di orientarsi nel tempo, nello spazio e nel riconoscimento interpersonale.

Orientamento temporale

- All'inizio di ciascun incontro viene individuato insieme su un calendario il giorno, il mese, la stagione e l'anno.



- Lavoro sulle stagioni: si mostra al gruppo un pacchetto di immagini, ciascuna caratteristica di una stagione dell'anno, si chiede ai partecipanti di estrarre una immagine, indicando la stagione rappresentata ed i mesi che fanno parte di ciascuna delle stagioni.



Esempio: “che stagione è rappresentata nell’immagine?”; “quali mesi fanno parte dell’estate, autunno, primavera, inverno?” il Natale in quale stagione ci troviamo?”...

L’attività può proseguire attraverso una discussione guidata su ciascuna stagione in modo da rievocare episodi autobiografici, cibi caratteristici, festività o usanze locali tipiche.

- Composizione da parte dei partecipanti del *Pannello Temporale* con riferimento al mese, anno, e stagione in corso. L’attività prevede la creazione di un cartellone mensile contenente,

in forma di collage, tutti i riferimenti al mese in corso che i partecipanti riescano a trovare e ritagliare da giornali, libri, opuscoli o altro materiale messo a disposizione da parte degli operatori.

Orientamento Spaziale

- Riconoscimento del luogo dove si trovano.
- Rievocazione e descrizione del luogo di provenienza di ciascun partecipante (città, quartiere, indirizzo...).
- Descrizione, effettuata in gruppo, della struttura (quanti piani ci sono; dislocazione dei locali e loro funzione; in quali ambienti trascorrono maggior tempo).
- Costruzione (da parte dell'operatore) di una *mappa della struttura*, partendo dalle informazioni raccolte, far identificare sulla mappa l'ambiente più frequentato e richiedere una descrizione di tale ambiente.
- *Caccia al tesoro*: il gruppo deve trovare un oggetto (una scatola di biscotti, un pacchetto di caramelle, ecc...) nascosto in un luogo di uso abituale seguendo le progressive indicazioni fornite da appositi bigliettini collocati in luoghi particolari della struttura.

Es: E' bianco, ci serve per riposare, ci si siede comodamente. Che cos'è? Il divano.

E' verde, alta e folta, si trova vicino alla porta d'ingresso. Che cos'è? La pianta.

Orientamento Sociale

- Presentazione degli operatori e dei partecipanti al gruppo (nome, cognome, data e luogo di nascita).
- Costruzione da parte dei partecipanti di *cartellini di riconoscimento* sui quali scriveranno il proprio nome con il colore preferito. Ogni volta, all'inizio dell'incontro, dopo aver trovato il giorno sul calendario, si provvederà al ripasso dei nomi attraverso il gioco dei cartellini. Ciascun partecipante estrarrà a sorte un cartellino dal sacchetto e dirà a chi, secondo lui, appartiene. In caso di difficoltà tutto il gruppo potrà aiutarlo.



- *Gioco con la palla*: i partecipanti in cerchio devono lanciare la palla ad un altro membro del gruppo chiamandolo per nome (ogni partecipante ha il proprio nome scritto sul cartellino posizionata davanti a lui).
- Rievocazione della famiglia di origine con riferimento all'area geografica di provenienza, la professioni dei genitori, la casa dove si è nati.
- *Le nostre foto*: ciascuna famiglia viene invitata a fornire all'anziano alcune foto dei vari membri del nucleo familiare. Le fotografie verranno fotocopiate e restituite con cura. Con l'aiuto degli operatori gli anziani verranno invitati alla costruzione di un personale *albero genealogico* in cui accanto ai nomi (se li ricordano) verranno incollate le fotografie ritagliate dei propri parenti (figli, coniugi, nipoti...).
- Rievocazione di eventi tematici importante della loro esistenza (infanzia, adolescenza, età adulta, ecc..)

Tempi

Si consigliano incontri di un ora ciascuno, almeno tre volte la settimana (un incontro per ogni area d'azione), per almeno tre mesi consecutivi. Il numero consigliato dei partecipanti per tale progetto è di 8-10 per gruppo, i partecipanti dovrebbero essere relativamente omogenei per grado di compromissione; il livello di stimolazione può essere comunque ampiamente modulato in base alle risorse di ciascun partecipante.

É consigliabile l'introduzione di facilitazioni temporo-spaziali nell'ambiente di vita del paziente quali calendari, orologi, colori associati ai diversi ambienti della struttura, reiterazione di informazioni da parte del personale d'assistenza o dei famigliari.

Professionisti coinvolti

a realizzazione del progetto prevede la disponibilità di un operatore adeguatamente formato alle

attività di progettazione dell'intervento, preparazione del materiale necessario, valutazione dei soggetti da inserire nel percorso e monitoraggio dell'attività. La realizzazione operativa degli incontri consiglia, tuttavia, la compresenza di due operatori durante le attività di gruppo.

E' indicato un adeguato coinvolgimento dei nuclei familiari per il recupero di informazioni importanti (*Scheda Autobiografica*), il reperimento di parte del materiale (foto) e la collaborazione alle attività di gruppo che potranno venire adeguatamente rinforzate da interventi informali da parte dei familiari.

Verifica

L'efficacia dell'intervento verrà valutata mediante la somministrazione, a conclusione di tre mesi di attività, della *Griglia di osservazione funzionale* e il rilevamento costante della qualità dell'intervento da parte degli operatori attraverso le *Schede di Monitoraggio delle Attività di Stimolazione Cognitiva*.

Progetto di Stimolazione Cognitiva centrata sul Linguaggio

Obiettivi

I disturbi di linguaggio sono presenti nella quasi totalità dei soggetti affetti da demenza. All'esordio i sintomi possono manifestarsi attraverso difficoltà nel trovare il nome corretto di oggetti di uso comune o di persone familiari (anomie), in errori di denominazione o sostituzione di parole con altre. Con l'aggravarsi della patologia, i deficit linguistici progrediscono verso un impoverimento delle abilità espressive e di comprensione, fino all'incapacità o grave alterazione della comunicazione efficace.

Da un punto di vista riabilitativo, è possibile organizzare momenti di *ri-educazione* e "allenamento" delle capacità linguistiche, coinvolgendo gli anziani in attività strutturate, finalizzate al rinforzo o al mantenimento delle competenze verbali residue, all'utilizzo di strategie comunicative efficaci e al mantenimento di livelli di autonomia, personale, sociale e relazionale, nella vita quotidiana.

Il protocollo di intervento qui proposto è mirato alla stimolazione delle diverse funzioni linguistiche orali e scritte :

- capacità di denominazione;
- capacità di fluenza verbale (fonologica e semantica);
- capacità di comprensione di informazioni orali e scritte
- abilità di lettura;
- abilità di scrittura.

Soggetti

L'intervento di stimolazione si rivolge ad anziani affetti da deterioramento cognitivo lieve o moderato, nei quali risultino sufficientemente conservate le capacità di produzione e comprensione verbale, verificate sia attraverso prove neuropsicologiche specifiche (test di denominazione, fluenza verbale e di comprensione), sia mediante l'osservazione strutturata del linguaggio spontaneo (*Griglia di Osservazione Funzionale*). I soggetti coinvolti nelle attività devono essere sottoposti ad un attento esame preliminare delle funzioni linguistiche. La fase di valutazione permette di determinare la qualità del funzionamento verbale di ogni singolo partecipante, di costituire gruppi omogenei per gravità del deficit e livelli di efficienza cognitiva e, infine, di scegliere e modulare le attività sulla base delle risorse ancora sufficientemente integre. Non bisogna dimenticare, inoltre, che qualsiasi attività predisposta coinvolge sempre simultaneamente più funzioni cognitive (riconoscimento, attenzione), la cui efficienza deve essere attentamente

monitorata.

Il percorso di stimolazione si rivolge a gruppi costituiti da 6-8 soggetti, a seconda del grado di deterioramento cognitivo dei partecipanti.

Metodo

Durante gli incontri, saranno proposte attività di stimolazione verbale, attraverso esercitazioni e compiti di denominazione, fluenza e comprensione, adeguando progressivamente il livello di complessità.

Compito di denominazione di oggetti - Ai partecipanti vengono presentate figure, immagini, ritagliate da giornali e riviste, o fotografie e viene chiesto loro, individualmente o in gruppo, di dire il nome di ciascun oggetto. Il compito può essere eseguito anche per iscritto, chiedendo ai soggetti di scrivere il nome corretto degli oggetti mostrati. L'esercizio può essere semplificato utilizzando oggetti concreti che gli anziani possono osservare e manipolare. Si può, inoltre, continuare l'esercitazione chiedendo una descrizione degli oggetti individuati.

Compiti di fluenza fonologica e categoriale - L'operatore sceglie una lettera dell'alfabeto, poi chiede ai partecipanti di trovare il maggior numero di parole che iniziano con quella specifica lettera (fluenza fonologica). Il compito di fluenza categoriale prevede che i partecipanti riescano a trovare il maggior numero di parole appartenenti ad una determinata categoria semantica (frutta, animali, mestieri, parti del corpo...). E' possibile proporre questo esercizio come un gioco a squadre, suddividendo i partecipanti in due o più gruppi. Alle squadre si lascia qualche minuto per scrivere le parole e, allo scadere del tempo, ogni gruppo leggerà e conterà le parole prodotte. Si potranno organizzare più manche, sommando i punteggi delle singole partite. La squadra vincitrice sarà quella che raggiungerà il punteggio più elevato.

TI SALTA IN MENTE ?

	A	C	P	M
Frutta	Arancia	Coronero	Prugna	Mela
Verdura	Asparago	Carciofo	Porcospino	Melanzana
Colore	Azzurro	Cremisi	Porpora	Marrone
Animale	Ape	Carpa	Biancone	Mucca

Il gioco dei sinonimi e contrari

L'esercizio consiste nell'associare una lista di parole ai propri contrari. Si può proporre il compito oralmente oppure scrivendo i due gruppi di parole su cartoncini. Si procede disponendo il primo mazzo di cartoncini sul tavolo, in modo che siano leggibili, mentre il secondo mazzo viene tenuto coperto. Ogni partecipante, a turno, dopo aver pescato un cartoncino dal mazzo coperto, dovrà associare la parola trovata alla parola contraria tra quelle disposte sul tavolo.

Cruciverba semplificato

Nei cruciverba semplificati l'obiettivo è quello di trovare una parola corrispondente ad una definizione. Si distribuisce ai partecipanti un foglio con alcune semplici frasi che contengono gli indizi per indovinare le parole da scrivere all'interno di un certo numero di caselle, tante quante sono le lettere che le compongono.

È UN ANIMALE DOMESTICO CHE ABBAIA									
C								E	
È LA CAPITALE D'ITALIA									
R	O								
HA TRAMIE LE FOGLIE									
A	L						R	O	
LO USIAMO PER TAGLIARE LA CARNE									
C	O	L					L		O
LE USIAMO PER OCCORRE A BRIBCOLA									
C	A							E	

Costruzione di frasi

E' un compito di strutturazione linguistica in cui l'operatore fornisce una o più parole da cui partire per formare delle frasi di senso compiuto. Si può organizzare l'esercitazione sottoforma di gioco a squadre, come per la fluenza verbale.

Esempio: *Proviamo a costruire tutte le frasi che ci vengono in mente con la parola SOLE.*

Il gioco dello scarabeo

Per proporre questo gioco è necessario preparare tanti cartoncini su cui scrivere le lettere dell'alfabeto. Si mescolano sul tavolo tutti i cartoncini e liberamente, o su indicazione dell'operatore, i partecipanti dovranno scegliere le lettere giuste e ordinarle correttamente per formare parole o frasi brevi.

Completamento di frasi

Si assegna a ciascun soggetto un foglio su cui sono scritte alcune frasi in cui manca una parola. Il compito è quello di inserire le parole che completano in modo corretto le frasi. L'esercitazione può essere svolta in gruppo se l'esercizio risulta troppo difficile da eseguire individualmente.

Esempio: *Tutte le mattine compro il per leggere le notizie (GIORNALE)*

Per prendere il devo andare alla stazione (TRENO)

Completamento di brani

Si leggono alcuni semplici brani, storie o favole conosciute, interrompendo la lettura prima della conclusione. Poi si chiede di completare il brano inventando il finale.

Attività di conversazione

Si possono proporre argomenti legati alla storia personale, passata o recente, e stimolare la conversazione sul tema prescelto (la famiglia di origine, i giochi dell'infanzia, i compagni di scuola, il periodo della guerra, la nascita dei figli...).

Comprensione di brani semplici

Si scelgono alcuni brani da leggere, poi si fanno alcune domande per verificare il livello di comprensione.

Esempio: *Chi è il protagonista?*

Qual è il fatto principale?

Dove e quando è successo?

Come si è conclusa la vicenda?

Ovviamente la realizzazione di questo compito implica la persistenza di sufficienti capacità mnestiche. Il brano può essere tuttavia letto più volte e tenuto in consultazione dei partecipanti (scritto in modo chiaro, grande e leggibile su fogli distribuiti al gruppo).

Abilità di lettura

E' possibile proporre la lettura di quotidiani, riviste, poesie, racconti di particolare interesse per i partecipanti

Operatori coinvolti

Le attività vengono progettate, preparate ed organizzate dall'animatore che condurrà gli incontri in collaborazione con un addetto all'assistenza di base. E' consigliata la compresenza di almeno due operatori.

Tempi

Si consiglia di proporre l'attività di stimolazione con regolarità e continuità, almeno 2-3 volte a settimana, per una durata di circa 40 minuti ogni incontro e per un periodo complessivo di 3 mesi.

Verifica

La qualità dell'intervento viene rilevata attraverso la partecipazione degli ospiti agli incontri, che può essere monitorata attraverso la compilazione di *Schede di Monitoraggio delle Attività di Stimolazione Cognitiva*, il rilevamento costante del gradimento espresso dai partecipanti e la somministrazione, a fine intervento, degli eventuali strumenti di valutazione neuropsicologica, utilizzati in ingresso, per quantificare la funzionalità residua.

Progetto di Stimolazione Cognitiva centrata sull'Attenzione

Obiettivi

L'attenzione rappresenta una risorsa cognitiva di base e costituisce la pre-condizione per il corretto funzionamento di tutte le altre funzioni mnesiche, percettive, linguistiche e motorie. Nelle patologie degenerative, la progressione del disturbo delle capacità attentive porta i soggetti alla necessità di effettuare un controllo sempre più crescente e costante, rendendo così complessa anche l'esecuzione delle attività più automatizzate.

L'obiettivo del progetto è promuovere l'applicazione di un intervento di stimolazione al fine di favorire una migliore capacità di mantenere l'attenzione nelle sue diverse componenti (selettiva, divisa, sostenuta) applicata a diverse modalità sensoriali (visiva, tattile, uditiva).

Soggetti

L'intervento è rivolto ad gruppi di 6-8 anziani affetti da lieve o moderato deterioramento cognitivo, in assenza di gravi disturbi del comportamento e con sufficienti risorse attentive per partecipare alle attività proposte. La funzionalità residua e la gravità dei deficit cognitivi possono essere valutate attraverso specifici test neuropsicologici e l'osservazione strutturata mediante la *Griglia di Osservazione Funzionale*. Una attenta valutazione preliminare permette di individuare il grado di deterioramento dei partecipanti per la composizione di gruppi il più possibile omogenei.

Metodo

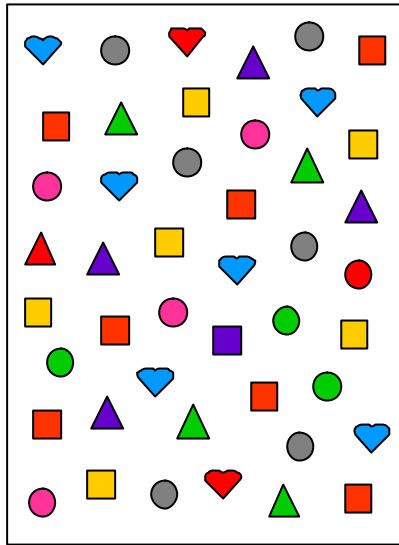
Le sedute di training possono essere suddivise in diverse aree di intervento, dedicando ogni incontro all'allenamento di una specifica componente attentiva, attraverso modalità sensoriali multiple.

Attenzione selettiva visiva

- *Compiti di cancellazione:* ai partecipanti vengono consegnate delle schede su cui sono raffigurati dei simboli (oggetti, numeri, lettere, forme geometriche o parole). Il compito consiste nel trovare e segnare un simbolo bersaglio. Il livello di difficoltà può essere incrementato inserendo un maggior numero di simboli distrattori o chiedendo di identificare un maggior numero di simboli bersaglio.

Di seguito sono riportate alcune schede di esemplificazione.

A



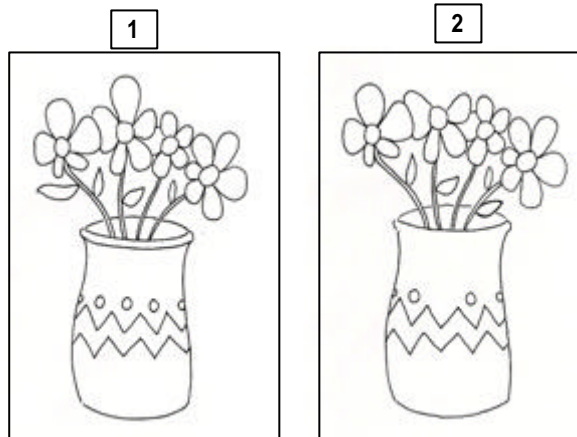
B

S	E	A	W	U	P	B	F	A
O	P	S	A	D	M	H	L	Q
I	A	E	A	R	P	L	U	C
A	F	I	B	H	L	T	A	R
R	P	A	O	E	P	L	C	G
S	N	R	Z	O	V	J	K	T
A	F	G	Y	E	B	T	L	O
P	M	U	W	O	S	V	E	A
T	Z	L	P	E	A	E	B	A
R	H	W	B	D	L	I	O	S
Y	E	Q	C	L	N	E	U	Z

Nella scheda A si può chiedere ai soggetti di individuare e segnare tutti i quadratini rossi, mentre nella scheda B di cancellare una determinata lettera dell'alfabeto.

- *Il Gioco delle Differenze:* si presenta a ciascun partecipante un foglio su cui sono raffigurati due disegni apparentemente uguali, ma che in realtà differiscono per alcuni piccoli particolari. L'esercizio consiste nell'individuare le differenze tra i due disegni. La complessità del gioco può essere variata inserendo un maggiore o minore numero di dettagli da trovare.
- *Ricerca di Immagini, Parole o Colori:* si mettono a disposizione dei partecipanti riviste e giornali, su cui ricercare e ritagliare le immagini che appartengono ad una specifica categoria (cibi, animali, frutta, cose rosse, gialle...) oppure le parole che iniziano con una determinata lettera dell'alfabeto. Si può suddividere il gruppo in coppie, ognuna delle quali dovrà dedicarsi alla ricerca di una specifica categoria di immagini o parole, oppure utilizzare quanto ricercato per comporre un collage o un cartellone.

Nella figura nel riquadro 2 vi sono 5 differenze rispetto a quella del riquadro 1.
Prova a trovarle e a segnalarle con una croce.



Attenzione selettiva uditiva

- *Attenzione ai Rumori dell'Ambiente:* si invitano i partecipanti a rimanere in silenzio per qualche minuto e ascoltare i suoni provenienti dall'ambiente circostante, cercando di concentrarsi anche sui rumori di sottofondo che spesso non vengono percepiti. Nello stesso tempo possono essere provocati semplici rumori da parte di un altro operatore "nascosto" (il suono di un campanello, il rumore delle stoviglie che vengono maneggiate, un applauso...).
- *Attenzione alla Lettura di Parole:* si legge lentamente ai soggetti una lista di parole, chiedendo loro di prestare attenzione solo ad una specifica categoria di parole (frutta, animali, cose di colore rosso...) o parole che iniziano con una determinata lettera. Il gioco consiste nel battere le mani quando si sente una parola bersaglio. In alternativa alla lista di parole, si possono utilizzare dei semplici brani o storie contenenti una serie di parole bersaglio.

Esempio: *"Battete le mani quando sentite il nome di un frutto"*

"Battete le mani quando sentite una parola che inizia con la lettera A"

Attenzione olfattiva

- *Attenzione agli Odori e ai Profumi:* si possono preparare e inserire all'interno di sacchetti alcuni alimenti, erbe aromatiche o essenze che hanno un profumo abbastanza intenso e facilmente riconoscibile dai partecipanti (caffè, menta, mandarini, rosmarino...). I partecipanti dovranno riconoscere gli odori e prestare attenzione alle caratteristiche olfattive (se è un odore piacevole o sgradevole). L'attività può proseguire chiedendo ai soggetti

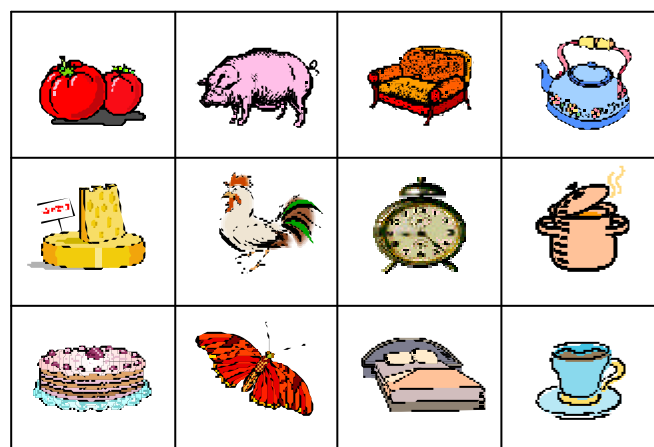
eventuali ricordi o sensazioni evocate dagli aromi presentati. Si noti che la capacità di distinguere e riconoscere gli stimoli olfattivi subisce una precoce riduzione di funzionalità. E' perciò frequente che gli anziani abbiano molta difficoltà nello svolgimento di questo compito.

Attenzione sostenuta visiva

- *Unione dei Puntini Numerati*: si presenta ai partecipanti un foglio su cui sono distribuiti, apparentemente a caso, una serie di numeri. Il compito è quello di collegare tutti i numeri, in ordine crescente tracciando una riga con un pennarello. Se l'esercizio sarà svolto correttamente, l'unione dei puntini consentirà di ottenere un bel disegno.

Attenzione sostenuta e selettiva visiva

- *Tombola Visiva*: il funzionamento è lo stesso della tombola classica, ma invece dei numeri si utilizzano delle immagini semplici e ben riconoscibili (animali, cibi, mobili, oggetti di uso quotidiano). Si distribuisce ad ogni partecipante una cartella contenente 12 figure diverse. Prima di iniziare, è importante accertarsi che tutti i partecipanti siano in grado di riconoscere gli oggetti raffigurati sulle proprie schede. Il gioco comincia con l'estrazione dei cartoncini su cui sono disegnati gli oggetti che si trovano sulle cartelle. L'operatore alza dal mazzo una carta alla volta, nominandola e mostrandola al gruppo. Chi trova sulla propria scheda la figura estratta deve coprirla con un gettone. Vince chi copre per primo tutte le immagini.



2

Operatori coinvolti

La progettazione e la realizzazione dell'intervento riabilitativo necessitano della collaborazione di più operatori (educatori, animatori, addetti all'assistenza di base) che dovranno seguire le fasi di

valutazione, preparazione dei materiali, organizzazione degli incontri e monitoraggio delle attività. Durante gli incontri, si consiglia la presenza di almeno due professionisti.

Tempi

La frequenza e l'intensità di somministrazione dell'intervento possono essere pianificate in modo variabile. E' importante progettare incontri con una adeguata regolarità e continuità nel tempo. Pertanto, si consiglia di proporre le attività di stimolazione almeno 2-3 volte a settimana, per un periodo complessivo di almeno 3 mesi. Ogni incontro non dovrà avere una durata superiore ai 45 60 minuti.

Verifica

La qualità dell'intervento viene rilevata attraverso la partecipazione degli ospiti agli incontri, che può essere monitorata attraverso la compilazione della *Scheda di Monitoraggio delle Attività di Stimolazione Cognitiva*, il rilevamento costante del gradimento espresso dai partecipanti e la somministrazione, a fine intervento, delle stesse prove neuropsicologiche utilizzate nella fase di valutazione preliminare.

Progetto di Stimolazione Cognitiva centrata sul Riconoscimento tattile, visivo e sonoro

Obiettivi

L'obiettivo di questo progetto è finalizzato a stimolare il riconoscimento esplicito di materiale, presentato attraverso diversi canali sensoriali: visivo, tattile e acustico, al fine di permettere il miglior utilizzo della funzionalità residua nel paziente.

Attraverso la presentazione multisensoriale si lavora per favorire il riconoscimento ma anche promuovere le capacità di denominazione, stimolare l'attenzione e la memoria visuo-spaziale. Utilizzando attività presentate in modo ludico si favoriscono, in oltre, le capacità di socializzazione in situazioni piacevoli e gratificanti per l'anziano.

Soggetti coinvolti

Il progetto si rivolge a piccoli gruppi (6-8) pazienti affetti da deterioramento cognitivo moderato e, caratterizzati dal permanere di sufficienti capacità residue nell'ambito delle funzionalità implicate, valutate tramite la somministrazione della *Griglia di osservazione funzionale* (riconoscimento, attenzione). Trattandosi di attività di gruppo complesse è consigliato non inserire soggetti che manifestino disturbi del comportamento di tipo impulsivo in forma grave, mentre, proprio per la natura del materiale impiegato, è possibile coinvolgere pazienti afasici (vengono utilizzate metodiche multisensoriali che possono essere facilmente adattate alle loro caratteristiche espressive).

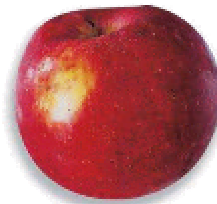
Metodi ed Attività

Il programma di riconoscimento tattile, visivo e sonoro, prevede un lavoro continuativo attraverso esercitazioni strutturate e l'utilizzazione di materiale di varia natura di tipo cartaceo, come giornali, immagini, foto, fogli; audiovisivo, audiocassette, filmati; materiale di cancelleria, colori, penne, fotocopie, colla.

Il primo incontro è impiegato per la presentazione degli operatori e dei partecipanti al gruppo.

- *Associazione nome- volto*: ciascun partecipante viene invitato a presentarsi al gruppo mentre l'operatore scrive su un cartellone tutti i nomi ed invita i partecipanti ad esprimere le proprie *libere associazioni* in modo da codificare al meglio il materiale da apprendere. I nomi verranno poi riletti uno ad uno, invitando il gruppo ad abbinare al nome la persona giusta (questa attività di riconoscimento interpersonale viene ripetuta all'inizio di ciascun incontro).

- *Il Sacco Buio*: vengono mostrati ai partecipanti alcuni oggetti di uso comune (utensili da cucina, penne, frutta, attrezzi), successivamente, verrà inserito all'interno del sacchetto, possibilmente di stoffa colorata (non deve trasparire il contenuto) un oggetto per volta; dopo di che verrà richiesto ai partecipanti, a turno, di toccare il contenuto del sacchetto e riconoscere l'oggetto misterioso. Qualora il gruppo possieda una funzionalità elevata e l'esercizio risulti troppo semplice si invitano i soggetti a non denominare l'oggetto nascosto ma a descriverlo (*Che forma ha? E' ruvido o liscio? Dove si usa? Quando si usa?*) fino a quando il resto del gruppo lo avrà indovinato.
- *Riconoscimento e Appaiamento di Immagini*: viene mostrato ai partecipanti un mazzo di carte raffiguranti oggetti di uso comune appartenenti ad almeno 6 categorie (*es. immagini di una mela, una banana, dell'uva = categoria "frutta"; immagini di un armadio, una sedia, un tavolo = categoria "mobili", ecc...*). A turno i partecipanti estrarranno una carta e verranno invitati a denominare l'oggetto e disporlo sul tavolo abbinandolo progressivamente alle immagini appartenenti alla stessa categoria (*le persone afasiche possono svolgere lo stesso esercizio senza denominare gli oggetti ma abbinandoli per categorie*).

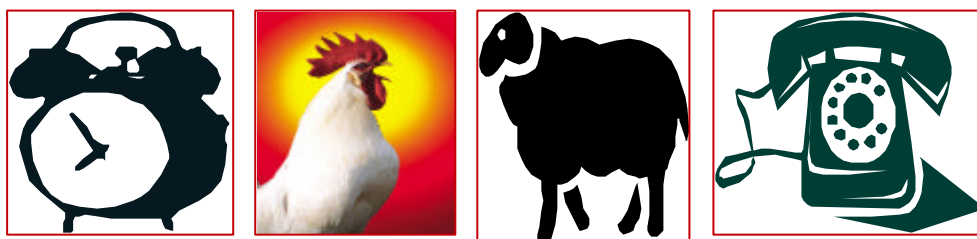


Esempio: "Che cosa è questa questo?" E questa?.... Bene, ora, cerchiamo di mettere assieme, formando dei gruppetti, tutte le immagini che hanno qualche cosa in comune, ad esempio formiamo il gruppo della "frutta"

- *Tombola per Immagini*: una volta familiarizzati gli anziani alle figure cartacee, si potrà proporre il gioco della tombola per immagini. Si tratta di costruire un materiale semplice

formato da schede di grandi dimensioni, simili a quelle utilizzate per la tombola, in cui siano riprodotte, in ordine sparso, le stesse immagini utilizzate per l'attività precedente. Con il procedimento della tombola si estrae dal mazzo una carta alla volta. I partecipanti dovranno riconoscere l'oggetto estratto, cercarlo nella propria scheda. Al fine di incrementare la motivazione, il divertimento e premiare lo sforzo prestato, si consiglia di predisporre dei piccoli premi da distribuire a tutti gli anziani.

- *Riconoscimento di suoni/rumori:* l'operatore farà ascoltare al gruppo dei suoni semplici e fortemente caratterizzati, tramite audiocassetta o file registrato. Verranno predisposte alcune immagini appropriate in un luogo ben visibile e manipolabile dagli anziani. Compito dei partecipanti sarà quello di ascoltare attentamente i suoni, riconoscerli abbinandoli alla figura che li rappresenta.



Esempio: “Questo che suono è..?”, “Tra queste immagini qual è l’ oggetto che emette il suono appena ascoltato?”...

Tempi

Si consigliano incontri di un'ora ciascuno, almeno tre volte la settimana per 6-8 settimane. Trattandosi di stimolazione multisensoriale dell'udito, della vista e del tatto è bene accertarsi dello stato percettivo dei partecipanti, non sovraccaricare tali sistemi differenziando le attività percettivo-sensoriali proposte nei vari incontri, mantenendo, comunque, un senso di continuità.

Risorse umane

La realizzazione del progetto prevede la disponibilità di un operatore adeguatamente formato alle attività di progettazione di intervento, preparazione del materiale necessario, valutazione dei soggetti da inserire nel percorso e monitoraggio di attività. La realizzazione degli incontri prevede tuttavia la compresenza di due operatori per le attività di gruppo.

È bene ricordare che qualsiasi tipo di attività deve suscitare l'interesse dei partecipanti e promuovere il mantenimento di una buona immagine di sé, di conseguenza non vanno proposte attività infantilizzanti che potrebbero essere vissute dall'anziano in modo negativo.

Verifica di risultato

Il rilevamento costante della qualità dell'intervento verrà effettuato attraverso la compilazione delle *Schede di Monitoraggio delle Attività di Stimolazione Cognitiva* al fine di verificare l'adeguatezza della proposta al gradimento ed alle capacità del gruppo. Al termine del ciclo di intervento è consigliabile verificare lo stato delle funzioni stimulate attraverso la somministrazione della *Scheda di Osservazione Funzionale*.

Progetto di Stimolazione Cognitiva centrata sulla Memoria Autobiografica

Obiettivo

Obiettivo di questo progetto consiste nel favorire la rievocazione di eventi del passato autobiografico dei partecipanti al fine di stimolare le risorse mnestiche a lungo termine, promuovere un uso comunicativo adeguato del linguaggio spontaneo e facilitare il riemergere di esperienze emotivamente piacevoli che consolidino il senso di continuità dell'identità personale.

Le attività ed i temi presentati si focalizzano sul pensare e parlare della propria esperienza di vita, per condividere le memorie con gli altri e favorire l'espressione di sé e gli scambi tra i componenti del gruppo.

Partecipanti

L'attuazione del progetto richiede che i partecipanti abbiano sufficienti capacità residue nell'ambito delle attività coinvolte, valutate tramite la somministrazione della *Griglia di osservazione funzionale*, ed in particolare la memoria autobiografica e le abilità di espressione linguistica e comunicativa. Gli anziani affetti da un grave disorientamento che coinvolge i fatti e le persone della propria memoria storica, soprattutto se persiste una certa consapevolezza di deficit, dovrebbero essere coinvolti in questo tipo di attività solo con grande prudenza. Frequentemente si riscontrano infatti vissuti soggettivi inutilmente frustranti che sottopongono l'anziano all'umiliazione di non ricordare contenuti cruciali della propria vita (il nome del coniuge, dei genitori, il paese dove sono nati, il nome degli attrezzi da lavoro...).

Materiale e Attività

La realizzazione del progetto prevede l'utilizzo di materiale fotografico, articoli, oggetti personali che favoriscono attivamente la reminescenza, cioè la capacità spontanea di ricordare. Qualora le condizioni della struttura lo consentissero è possibile utilizzare anche materiale audiovisivo (videocassette, proiezioni di diapositive, ecc..).

Lavoreremo in piccolo gruppo per un tempo di almeno 6 settimane durante le quali ripercorreremo esperienze di vita passata, allo scopo di dare una continuità all'identità, rafforzare il senso di sé e favorire la socializzazione.

Di seguito verranno forniti alcuni suggerimenti concreti che potranno aiutare gli operatori a pianificare il contenuto degli incontri. Tali contenuti potranno, naturalmente, essere adattati in funzione delle possibilità, delle risorse e dei bisogni del gruppo. E' importante tuttavia iniziare ciascun incontro con uno schema chiaro delle attività, dei materiali e dei contenuti che si intende toccare.

Dopo l'introduzione degli operatori e una breve spiegazione delle modalità di lavoro, sarà data la parola a tutti i partecipanti in modo che possano presentare se stessi raccontando ciò che vogliono della propria storia. E' utile che gli operatori annotino gli argomenti che gli anziani spontaneamente propongono, saranno probabilmente quelli meglio conservati. Quelli omessi potranno essere eventualmente sondati in altre occasioni.

Ciascuno incontro sarà organizzato per tematiche specifiche, ad esempio: le persone della mia famiglia, la scuola, il mio migliore amico, il primo amore, una ricetta preferita ecc.... Di seguito vengono riportati esempi più articolati.

Tema: Infanzia e casa di famiglia

Questo tema sarà certamente oggetto di più di un incontro, per la ricchezza di ricordi che possono emergere.

- ? *Luogo di nascita:* mostrare delle immagini di abitazioni e/o di luoghi e chiedere ai partecipanti di scegliere quella che più assomiglia al luogo dove sono nati, poi a turno ognuno dovrà descrivere l'abitazione dove è cresciuto, indicando e descrivendo la stanza da lui preferita.
- *Ricostruzione della propria camera da letto dell'infanzia:* descrivere o rappresentare graficamente (disegnando, ma anche utilizzando immagini e foto) la camera da letto di quando eravamo bambini.
- *La mia famiglia d'origine:* con l'utilizzo di fotografie (richieste ai famigliari e fotocopiate) i partecipanti dovranno descrivere i membri della loro famiglia d'origine. Si possono mostrare ai partecipanti fotografie di oggetti di uso lavorativo (vanga, trattore, macchina da cucine, tegami, macchina da scrivere ecc.), chiedendo a ciascuno di scegliere quelle che meglio rappresentano il mestiere dei genitori.
- *Il nuovo nucleo familiare:* i partecipanti dovranno ricordare un episodio legato alla formazione del loro nucleo familiare (primo corteggiamento, matrimonio, nascita dei figli, ecc..).
- *Costruzione dell'albero genealogico:* dopo una serie d'incontri focalizzati sulla famiglia d'origine e il nuovo nucleo familiare, con le foto in possesso i partecipanti verranno guidati nella costruzione del proprio personale albero genealogico (fare un collage). Questa attività deve essere attentamente sostenuta dagli operatori. Frequentemente è opportuno preparare uno schema già organizzato entro cui gli anziani possano incollare le foto dei propri cari ed eventualmente le immagini abbinare.



Tema: Il mio paese

Gli anziani sono stati circondati, nella loro infanzia, adolescenza, età adulta, da persone più o meno vicine, in relazione al luogo d'origine. Questo tema, suddiviso in più incontri, vuole portare alla luce esperienze legate ai negozi frequentati abitualmente (latteria, ortolano, drogheria, ecc...), ai vicini di casa, agli amici della via, ai giochi per la strada.

- *La mia via:* chiedere al gruppo di descrivere la strada dove hanno abitato da bambini e poi da adulti, i vicini, il panorama, gli eventuali negozi ecc....
- *I suoni che ricordo:* Proporre al gruppo l'ascolto di diversi suoni (voci di persone per strada, zoccoli di cavallo, treni, campana della chiesa, canto degli uccelli, ecc...). Chiedere al gruppo di raccontare ricordi evocati da ciascuno di questi suoni.
- *I giochi nella strada:* manipolando oggetti diversi legati ai giochi, i partecipanti dovranno rievocare i giochi praticati durante l'infanzia.
- *Canzoni e poesie:* le persone anziane si ricordano spesso le canzoni e le filastrocche legate ai giochi, esse possono essere utilizzate per cantare o recitare in gruppo.

Tema: Gite e Vacanze

Molte persone anziane avranno ricordo di escursioni, gite, picnic, vacanze.

Questa attività viene frequentemente proposta utilizzando come stimolo cartoline di città italiane e straniere famose, località balneari o montane tipiche, luoghi di interesse naturale.

Gli anziani vengono invitati a manipolare le cartoline, sceglierne una che ricorda loro qualcosa che appartiene alla propria storia (un luogo già visto, una città visitata, un panorama simile a qualche cosa che conoscono), e raccontare al gruppo ciò che rievocano.



Tema: La Storia:

Mostrare ai partecipanti foto di personaggi storici, culturali o di spettacolo (Mussolini, Re Umberto I, Giovanni XXIII, Kennedy, Marlene, Brigitte Bardot, il Presidente Pertini, Mike Buongiorno, ecc...), chiedere agli anziani di scegliere una foto, riconoscere il personaggio e descrivere un evento legato a quel personaggio che l'anziano ha vissuto più o meno direttamente.

Tempi

Si consigliano incontri di due ore circa ciascuno, una volta la settimana per almeno 6-7 settimane.

Il numero consigliato dei partecipanti per tale progetto è di 8-10 per gruppo.

Il programma è suddiviso per temi che verranno affrontati in uno o più incontri.

Qualunque sia il tema prescelto, è importante adeguare il livello delle richieste alle capacità dei partecipanti. È importante non "mettere alla prova" la memoria della persona anziana: è possibile che una certa persona non abbia alcun ricordo di un luogo o di un evento legato al tema, in tal caso è sconveniente insistere. Inoltre, trattandosi di rievocazione del passato, vi possono essere anziani che si rifiutano o esprimono sentimenti depressivi legati al ricordo. Sarà premura dell'operatore gestire queste situazioni con sensibilità ed evitare inutili frustrazioni, proponendo argomenti e attività alternativi per alleggerire il clima di gruppo. Creare un ambiente accogliente, confortevole e tranquillo contribuirà al successo del gruppo.

Professionisti coinvolti

La realizzazione del progetto consiglia la disponibilità di due operatori con competenze complementari, che possono aiutarsi e sostenersi reciprocamente. Tali operatori dovranno essere adeguatamente formati alle attività in oggetto, alla preparazione del materiale necessario, alla valutazione dei soggetti da inserire nel percorso e al monitoraggio dell'attività.

Nella scelta dei temi da trattare l'operatore dovrà stare molto attento ad evitare di proporre agli

anziani eventi spiacevoli, traumatici o comunque altamente problematici per alcuni dei presenti; per questo dovrà raccogliere informazioni precise sulle biografie di coloro che andranno a formare il gruppo di lavoro. Nel proporre questo tipo di attività è estremamente importante l'adeguato coinvolgimento dei nuclei famigliari sia per il recupero delle informazioni importanti (*Scheda Autobiografica*), il reperimento di parte del materiale (foto, materiali personali) e la eventuale partecipazione alle stesse attività di gruppo, che potranno essere adeguatamente rinforzate dalla presenza dei famigliari.

Verifica

L'efficacia dell'intervento verrà valutata mediante la somministrazione a conclusione di tre mesi di attività della *Griglia di osservazione funzionale* e il rilevamento costante della qualità dell'intervento da parte degli operatori attraverso le *Schede di Monitoraggio delle Attività di Stimolazione Cognitiva*.

Progetto di Stimolazione Cognitiva centrata sull'attività Prassico-Motoria

Obiettivi

I disturbi prassici nella demenza si manifestano attraverso una progressiva difficoltà nel programmare, coordinare ed eseguire correttamente sequenze gestuali e motorie finalizzate ad uno scopo, che si traduce in una perdita della capacità di utilizzare oggetti di uso comune (pettine, spazzolino da denti, rasoio, posate ecc...) o di gestire le normali attività della vita quotidiana (vestirsi, preparare il pranzo, mangiare ecc...). Obiettivo del progetto è organizzare, secondo una modalità ludico-ricreativa, un'attività di stimolazione delle abilità prassiche, attraverso l'esecuzione di gesti o movimenti semplici e di sequenze motorie più complesse, finalizzata al mantenimento e al rinforzo delle capacità funzionali residue.

Soggetti

Poiché l'intervento è finalizzato all'utilizzo efficace delle competenze motorie, è necessario che i soggetti coinvolti dimostrino un livello di abilità prassiche residue sufficiente allo svolgimento delle attività proposte. Possono essere inseriti nel programma anziani affetti da un deterioramento cognitivo globale lieve-moderato o severo purché la funzionalità prassica risulti ancora, almeno parzialmente, conservata alla *Griglia di Osservazione Funzionale*.

Il gruppo può essere composto da un numero variabile di soggetti, ma è consigliabile non superare le 6-8 unità. Un prerequisito importante per l'efficacia dell'attività di stimolazione è la costituzione di gruppi relativamente omogenei per la gravità dei deficit.

Metodo

La stimolazione mirata delle capacità di pianificazione ed esecuzione motoria può essere realizzata proponendo ai partecipanti semplici esercizi motori, appartenenti al repertorio di gesti o movimenti della vita quotidiana (produzione di gesti simbolici, produzione di sequenze motorie complesse, utilizzazione di oggetti). Per rendere l'attività più divertente e coinvolgente, è possibile preparare un gioco rivisitando il famoso *Gioco dell'Oca*.

Si può procedere selezionando una serie di attività motorie, graduate da più semplici a più complesse, in base alle competenze residue di gruppo;

Esempi di attività:

1. *guardare in alto e in basso*
2. *fare sì con la testa*

3. *guardare a destra e a sinistra*
4. *fare “no” con la testa*
5. *toccare la punta del naso*
6. *portare in alto le mani*
7. *alzare il braccio destro*
8. *alzare il braccio sinistro*
9. *mandare un bacio*
10. *fare “ciao” con la mano*
11. *fare il gomito con le mani*
12. *alzare i piedi*
13. *alzare la gamba destra*
14. *alzare la gamba sinistra*
15. *dare un calcio alla palla*
16. *toccare le ginocchia con le mani*
17. *mettere le mani dietro alla testa*
18. *mettere le mani sulla bocca*
19. *mettere le mani sulle orecchie*
20. *mettere le mani sugli occhi*
21. *chiudere gli occhi*
22. *fare la lingua*
23. *scrivere il proprio nome*
24. *piegare un foglio a metà*
25. *sbottonare un’asola*
26. *indossare/sfilare la giacca*
27. *indossare/sfilare gli occhiali*
28. *indossare/sfilare un guanto*
29. *avvitare una moca da caffè*
30. *imbustare un foglio*
31. *aprire e chiudere un lucchetto con la chiave*
32. *copiare un disegno semplice (un quadrato, un triangolo, un cerchio)*
33. *pettinarsi*
34. *mostrare come si usa lo spazzolino*
35. *piegare un tovagliolo*
36. *asciugare una posata*
37. *grattugiare un pezzetto di pane*
38. *rompere un uovo senza versarne il contenuto*
39. *raggomitolare dello spago*
40. *allacciare una stringa*

Tali compiti motori, eventualmente alternati a compiti di carattere più generale (canta una canzone, trova 3 parole che iniziano con la lettera A...) possono essere trascritti all'interno di apposite caselle, su un cartellone (possibilmente di grandi dimensioni), come nell'immagine riprodotta di seguito. Vanno assegnati poi, a ciascun partecipante degli appositi segnaposto colorati che gli consentano di "spostarsi" nel tabellone. E' indispensabile procurarsi inoltre uno o due grossi dadi.

Dopo avere preparato il materiale necessario, si può procedere all'attività di gioco che comincia con l'assegnazione ad ogni partecipante del proprio segnaposto colorato. Per aiutare i soggetti a ricordarne il colore, può essere utile distribuire loro dei piccoli cartoncini da tenere in mano dello stesso colore del segnaposto.

Dopo avere posizionato i segnaposti sulla casella di *Partenza*, a turno, ogni giocatore potrà tirare il proprio dado e avanzare del numero di caselle corrispondente al punteggio ottenuto. Il giocatore dovrà poi eseguire il comando che troverà indicato sulla casella raggiunta. Lo scopo è quello di raggiungere l'*Arrivo*, percorrendo tutto il tabellone. Vince il giocatore che arriverà per primo al traguardo.

 PARTENZA! 	Manda un bacio	Chiudi gli Occhi	Piega un Foglio a Metà	Mostra l'uso di questo oggetto 	Canta una Canzone
ARRIVO! 	IL GIOCO DELL'OCA				Scrivi il tuo Nome
Annoda un Laccio					Fai SI' con la Testa
Fai la Lingua					Indossa e sfila un Guanto
Imbusta un Foglio					Trova 3 nomi di Donna che iniziano con la A
Canta una Canzone	Sbottona un'Asola	Piega un Tovagliolo	Mostra l'uso di questo oggetto 	Metti le Mani sopra gli Occhi	

L'attività può essere organizzata anche senza l'utilizzo del tabellone, trascrivendo gli esercizi motori su dei bigliettini raccolti all'interno di un sacchetto o un contenitore. A turno, ogni partecipante dovrà pescare un bigliettino, leggere il contenuto ed eseguire il compito motorio estratto, per il numero di volte indicato dal punteggio ottenuto tirando il dado.

Operatori coinvolti

La realizzazione dell'attività di stimolazione motoria può vedere impegnati più operatori: educatori, animatori, terapisti della riabilitazione, addetti all'assistenza di base. Durante gli incontri, è consigliata la presenza di almeno 2 professionisti.

Tempi

Il carattere ludico e ricreativo dell'attività di stimolazione descritta permette di proporre il gioco anche più volte nell'arco della settimana, a richiesta dei partecipanti. Poiché è importante progettare le attività di riabilitazione con una certa continuità nel tempo, si consiglia di organizzare incontri dedicati alla funzionalità motoria almeno per 3 mesi consecutivi. Questo gioco può essere anche inserito all'interno di un percorso di stimolazione più ampio, come momento di divertimento e svago.

Verifica

La somministrazione degli strumenti di valutazione utilizzati in fase iniziale permette di verificare l'efficacia dell'intervento di stimolazione. Inoltre, la qualità dell'attività può essere rilevata attraverso il gradimento espresso dai partecipanti e la compilazione della *Scheda di Monitoraggio delle Attività di Stimolazione Cognitiva*.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4° Ed (DSM VI), Tr. It. Masson, Milano, 1995.
- Atkinson, R.C. & Shiffrin, R.M., "Human memory: A proposed system and its control processes". In K.W. Spence and J.T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation*, vol. 8. London: Academic Press, 1968.
- Auer S.R., Monteiro I.M., Reisberg B., "The empirical behavioral pathology in Alzheimer's disease (E-Behave-AD) rating scale", in *Int. Psychogeriatr* 1996;8:247-66.
- Boccardi M., *Riabilitazione nella demenza grave. Manuale pratico per operatori e caregiver*, Ed. Erickson, 2007.
- Brazzelli M, Capitani E, Della Sala S, Spinnler H, Zuffi M. "A neuropsychological instrument adding to the description of patients with suspected cortical dementia: the Milan Overall Dementia assessment", in *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1994;57:1510-17.
- Cesa-Bianchi M, Vecchi T., *Elementi di psicogerontologia*. Milano: Franco Angeli 1999
- Chattat R., *L'invecchiamento: processi psicologici e strumenti di valutazione*. Ed Carocci, 2004.
- Cummings J.L., Mega M., Gray K., Rosemberg-Thompson S., Carusi D.A., Gornbei J., "The neuropsychiatric Inventory comprehensive assessment in psychopathology", in *Dementia.Neurology* 1994;44:2308-2314.
- Dal Sasso F., Pigatto S., *L'anziano e la sua memoria*. Bollati Boringhieri, 2001.
- Denes G., Pizzamiglio L., *Manuale di Neuropsicologia. Normalità e Patologia dei processi cognitivi*. Zanichelli, 1995.
- Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R. "Mini Mental State: practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician", in *Journal of Psychiatric Research* 12:189-198, 1975.

Katz S, Ford AB et al, "Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function", in *The Journal of the American Medical Association*, 1963;185:914-919.

Làdavas E., Berti A., *Neuropsicologia*. Ed. Il Mulino, Bologna, 1995.

Laicardi C., Pezzuti L., *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Ed. Il Mulino, 2000.

Lawton M.P. e Brody E.M., "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living", in *The Gerontologist*, 9:179-186, 1969.

Mahoney F.I., Barthel D.W., "Functional Evaluation: The Barthel Index", in *Mayland State Medical Journal*. 1965;14:61-65.

Naomi Feil, *Il metodo Validation*. Sperling & Kupfer Editori S.P.A., 1996.

Orsenigo A., *La progettazione luogo di cambiamento*, in *Progettazione Sociale*, Dicembre, Ed Gruppo Abele 1997.

Pippi M, Mecocci P, Saxton J, Bartorelli L, Pettenati C, et al. "Neuropsychological assessment of the severely impaired elderly patient: validation of the Italian short version of the Severe Impairment Battery (SIB)", in *Aging (Milano)* 1999 Aug;11(4):221-6.

Quaia L., *Mnemosine. Esercizi per la memoria* Ed. Nodo Libri, Lipomo, Como, 2001.

Regione Emilia-Romagna, *Strumenti per la valutazione del paziente affetto da demenza a cura della*, 2000, Scaricabile dal sito web: www.regione.emilia-romagna.it

Rosen W.G., Mohs R., Davis K., "Alzheimer's Disease Assessment Scale- (ADAS-Cog)", in *American Journal of Psychiatry*, 141: 698, 1984

W.G. Rosen, R.C. Mohs, K.L. Davis., "A new rating scale for Alzheimer's disease", in *American Journal of Psychiatry*, 1984; 141: 1356-64.