

**CONOSCENZE E TECNICHE PER
ASSISTERE E STIMOLARE
L'OSPITE CON DEMENZA**

LE DEMENZE

CLASSIFICAZIONE IN BASE ALLA SEDE DELLE LESIONI

CORTICALI

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

Colpiscono principalmente le strutture della corteccia cerebrale e si caratterizzano per deterioramenti a livello cognitivo, della memoria e del linguaggio.

SOTTOCORTICALI

- demenza vascolare
- associata a Parkinson
- post-traumatiche
- da idrocefalo normoteso
- pseudo-demenze tossiche
- etc...

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

DATI EPIDEMIOLOGICI

- La demenza colpisce dall'1 al 5% della popolazione sopra i 65 anni e il 30% sopra i 75 anni, costituendo una delle più importanti cause di disabilità nell'anziano
- La malattia di Alzheimer è la forma più frequente di demenza nei paesi occidentali, rappresentando il 50-60% dei casi di deterioramento mentale ad esordio tardivo

“La **malattia di Alzheimer** è una sindrome ad andamento cronico degenerativo caratterizzata dalla perdita di più funzioni cognitive [...] di entità tali da interferire con le usuali attività sociali e lavorative della persona”

M. Di Alzheimer

M. neurodegenerative

Dz. multiinfart.

Demenze rare

Dz. vascolare

Parkinson e LBD



MALATTIA DI ALZHEIMER

- La malattia di Alzheimer risulta associata ad una serie di alterazioni istopatologiche (degenerazione neurofibrillare, deposizione di placche senili, diminuzione della densità sinaptica, presenza di angiopatia congofila); il grado di atrofia è proporzionale alla perdita tissutale
- Il decesso avviene generalmente dopo circa 10-12 anni

Il decorso della sintomatologia è classicamente distinto in tre fasi:

- FASE INIZIALE
- FASE INTERMEDIA
- FASE TERMINALE

(Ajuraguerra et al., 1960; Slater e Roth, 1997)

MALATTIA DI ALZHEIMER

FASE INIZIALE (1-3 anni)

Sintomi vaghi e sfumati:

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

MALATTIA DI ALZHEIMER

FASE INTERMEDIA (3-6 anni)

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

MALATTIA DI ALZHEIMER

FASE GRAVE (6anni-decesso)

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

INTERVENTI FARMACOLOGICI

- **FASE LIEVE/MODERATA:** anticolinesterasici→bloccano l'azione dell'enzima colinesterasi, aumentando la disponibilità di acetilcolina. Possono migliorare alcuni sintomi cognitivi e comportamentali
- **FASE MODERATA/SEVERA:** memantina→protegge le cellule dagli effetti tossici del glutammato, il cui eccesso produce una quantità abnorme di calcio nelle cellule nervose provocandone la morte. Possibile l'associazione con gli anticolinesterasici
- Farmaci per il controllo dei disturbi del comportamento (antidepressivi, ansiolitici, ipnotici e antipsicotici): da usare con la massima cautela. Numerosi effetti collaterali

INTERVENTI FARMACOLOGICI ...EFFICACIA?

- I farmaci attualmente in uso sono solo sintomatici: non sono in grado di agire sul processo patologico che determina la malattia
- Non tutte le persone rispondono positivamente: efficacia solo nel 30-40% dei casi e solo nella demenza di Alzheimer
- Sono in fase di sperimentazione nuove molecole:
 - farmaci anti-amiloide: per contrastare la formazione di placche della proteina anomala beta-amiloide nel cervello
 - vaccini in grado di prevenire la deposizione di beta-amiloide

....è necessario adottare parallelamente al trattamento farmacologico, un approccio non farmacologico alla malattia, basato su interventi cognitivi e comportamentali!!!

PRINCIPI DA CONDIVIDERE

L'assistenza alla persona con demenza dovrebbe essere finalizzata al sostegno dell'individuo e alla sua valorizzazione come effettivo membro della società

- Riconoscere il diritto della persona a vivere un'esistenza significativa
- Valorizzare l'individuo nel rispetto delle sue difficoltà
- Fornire cure individualizzate a seconda dei bisogni di ciascun ospite, adattando il tipo di intervento alla specifica situazione
- Adottare un approccio riabilitativo, stimolando le capacità residue
- Offrire un ambiente protesico
- Riconoscere la famiglia come interlocutore fondamentale

LA FAMIGLIA DELL'OSPITE

- La decisione di rivolgersi ai servizi di assistenza rappresenta una scelta complessa e il più delle volte sofferta da parte della famiglia
- “Mito dell'abbandono”: rivolgersi a strutture specializzate come tentativo di espellere l'anziano dalla famiglia → profondo senso di colpa
- Famiglia= cliente secondario del servizio
- L'incontro famiglia-servizi si attua per il **bisogno dei familiari di ricevere cura per il proprio caro** (Cigoli, 1992)

FORME DI INCONTRO FAMIGLIA-SERVIZI

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

1. **IPERPROTETTIVO**: il familiare può assumere un atteggiamento iperprotettivo verso l'anziano, attraverso un controllo ossessivo sull'operato del personale. Questo atteggiamento, legato ai conflitti emotivi e al senso di colpa del familiare, riduce le opportunità di adattamento della famiglia e del residente

VISSUTI COMUNI NEGLI OPERATORI: tensione nei rapporti con la famiglia, sensazione di mancanza di fiducia, ipercontrollo

FORME DI INCONTRO FAMIGLIA-SERVIZI

2. **DISIMPEGNATO**: la famiglia è poco presente e delega completamente la cura dell'anziano al servizio di assistenza, limitandosi alla gestione dell'aspetto economico.
- Ogni familiare che assiste il proprio congiunto ha una certa capacità di tollerare lo stress dell'assistenza: certe volte questo comportamento è messo in pratica da quei familiari che vivono la situazione del proprio caro con un sentimento di dolore ed inadeguatezza tali da portare ad una presa di distanza fisica ed emotiva simile al lutto
 - Questo tipo di atteggiamento può essere vissuto dall'anziano come un abbandono

VISSUTI COMUNI NEGLI OPERATORI: senso di abuso e sfruttamento, risvolti emotivi nei confronti dell'ospite

FORME DI INCONTRO FAMIGLIA-SERVIZI

3. **EQUILIBRATO**: distribuzione dell'assistenza tra famiglia e servizi, nell'ottica di collaborazione e cooperazione, finalizzate al reciproco sostegno nella condivisione dell'obiettivo di cura dell'anziano

VISSUTI COMUNI NEGLI OPERATORI: senso di fiducia e collaborazione reciproca tra famiglia e servizi nella cura dell'ospite

LA FAMIGLIA DELL'OSPITE

» DOVE PUO' INTERVENIRE L'OPERATORE?

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

MODELLO TEORICO?

CURA CENTRATA SULLA PERSONA

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

||| → valorizzazione dell'individuo indipendentemente dall'età ||| ←
o dalle sue capacità cognitive

...da PERSONA con **DEMENZA**

....a **PERSONA** con DEMENZA

CURA CENTRATA SULLA PERSONA

Le manifestazioni e l'evoluzione della demenza sono influenzate dai seguenti fattori:

- ✓ **DANNO NEUROLOGICO**
- ✓ **SALUTE FISICA**
- ✓ **STORIA DI VITA**
- ✓ **PERSONALITA'**
- ✓ **AMBIENTESOCIALE**

Un modello bio-psico-sociale di benessere nella demenza

BISOGNI PSICOLOGICI DELLA PERSONA

CONFORTO

IDENTITA'

AMORE

APPARTENENZA

ATTACCAMENTO

OCCUPAZIONE

INTERVENTI NON FARMACOLOGICI

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

Finalità:

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

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

-POSSIBILI -SIGNIFICATIVE -PIACEVOLI

...la normalità è una buona medicina

ALCUNE POSSIBILI ATTIVITA'

Attività di intrattenimento:

feste, giochi, gite, uscite al mercato,
proiezioni, ascolto musica, canto e ballo,
lettura giornale

Attività occupazionali:

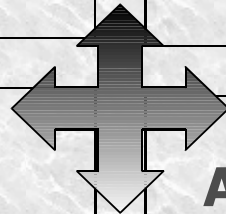
progetti sulle attività quotidiane, cucina,
cucito, collages, bricolage, cura del
verde

Attività motorie:

ginnastica dolce, mobilizzazione passiva,
riconoscimento e denominazione parti
del corpo

Attività di stimolazione cognitiva:

percezione, attenzione, analisi,
vocabolario, associazione, sintesi,
ragionamento astratto, rievocazione,
calcolo, prassie



ATTIVAZIONE COGNITIVA:

TRE PRINCIPALI CATEGORIE

1) INTERVENTI MULTISTRATEGICI O ASPECIFICI

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

2) APPROCCI COGNITIVI SPECIFICI

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

3) AUSILI MNESICI ESTERNI

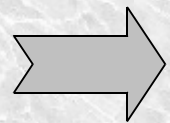
- Electronic memory aids
- Agenda e/o diari

REALITY ORIENTATION THERAPY (ROT)

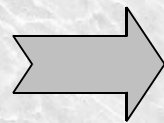
La ROT si propone di riorientare il malato rispetto a se stesso, alla propria storia e all'ambiente circostante.

FINALITA':

- Modificare comportamenti errati
 - Migliorare autostima
- Ridurre tendenza all'isolamento



ROT formale



ROT informale

- Efficacia sul piano cognitivo e funzionale (potenzia effetto anticolinesterasici)
- Da applicare senza interruzioni finché le condizioni lo consentono

TERAPIA DELLA REMINISCENZA e DELLA RIMOTIVAZIONE

- TERAPIA DELLA REMINISCENZA: stimola le risorse mnesiche residue attraverso il ricordo di esperienze emotivamente significative

FINALITA':

- Favorire il processo spontaneo di rievocazione
 - Ridurre isolamento
 - Migliorare tono umore

- TERAPIA DELLA RIMOTIVAZIONE: rivitalizza l'interesse per gli stimoli esterni attraverso la discussione su temi di attualità

FINALITA':

- Contrastare tendenza all'isolamento

TERAPIA DELLA VALIDAZIONE

TERAPIA DELLA VALIDAZIONE: tramite l'ascolto, si cerca di comprendere la visione della realtà dell'anziano al fine di creare contatti relazionali ed emotivi significativi, immedesimandosi in modo empatico nel "mondo" del malato

- Rivolta a malati con demenza di grado moderato-severo

FINALITA':

Migliorare la relazione con l'ospite

STIMOLARE L'OSPITE NEL CONTESTO ECOLOGICO

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

I DEFICIT COGNITIVI

I DEFICIT COGNITIVI -MEMORIA-

FASE INIZIALE

La fase iniziale della malattia è caratterizzata da piccole dimenticanze

SITUAZIONI FREQUENTI:

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

I DEFICIT COGNITIVI -MEMORIA-

FASE INIZIALE

COME INTERVENIRE?

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