

**Risposte ai casi clinici riportati dai partecipanti al corso
(a cura della dott.ssa Giulia Zanoni – gerontologia@copernicocs.it)**

1. L'anziano rifiuta la badante e pretende che faccia tutto la moglie, che è fisicamente e psicologicamente sfinita.

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

2. L'anziano vive solo e rifiuta qualsiasi servizio territoriale.

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

3. L'ospite è ripetitivo nelle richieste (es. panno) e aggressivo con gli altri ospiti (es. per il possesso della poltrona, strappando oggetti di mano, etc.) con i quali reagisce stratonandoli ed esponendo di conseguenza al rischio di cadute.

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

Potrebbe infine essere utile identificare un'attività di tipo occupazionale con cui provare a interessare l'anziano in alcuni momenti della giornata, per permettergli di concentrare le proprie risorse su un compito dedicato distogliendo al contempo l'attenzione dal contesto circostante.

- 4. Gestione del familiare iperprotettivo. Il familiare è sempre oppositivo, diffidente e non collaborante nella gestione dell'ospite; non accetta i limiti derivanti dalla patologia (es. insiste per l'alimentazione normale nonostante l'ospite presenti disfagia) e colpevolizza il personale per qualsiasi peggioramento clinico dell'ospite. Tende a mettere gli altri familiari contro il personale di struttura tuttavia non vuole cambiare residenza.**
- 5. L'ospite è aggressivo durante l'igiene e il bagno. Presenza costante della moglie e delle figlie che non capiscono/accettano malattia dell'anziano, facendo richieste continue e difficilmente attuabili.**

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

(Per la gestione dell'aggressività dell'ospite durante l'igiene si rimanda alla sezione dedicata sulle dispense del corso).

- 6. L'ospite piange e si lamenta in continuazione durante il giorno senza apparenti motivazioni. Ripetuti episodi di autolesionismo (si strappa i capelli, si colpisce il capo ripetutamente).**

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

involontariamente arrecare dolore all'ospite.

7. L'ospite si rifiuta di mangiare e nei momenti di lucidità ribadisce la volontà di morire.

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

8. Ospite confuso, scambia il nucleo per la propria casa, non riconosce il bagno e tende a confondere un'altra ospite con la propria madre/figlia. Non riconosce la stanza/letto e quando si prova a ricondurlo nella propria diventa aggressivo fisicamente e verbalmente. Il peggioramento della funzionalità cognitiva dell'ospite si è verificato nell'arco di 30giorni.

Il repentino aggravarsi del quadro cognitivo dell'ospite è comune in alcune forme di demenza vascolare. Il decorso di questo tipo di demenza viene infatti definito "a gradini", laddove ogni gradino rappresenta un nuovo evento ischemico o emorragico che produce un peggioramento del quadro clinico dell'anziano. Sarebbe dunque importante segnalare in primo luogo il problema e i cambiamenti dell'ospite al medico, affinché possano essere escluse cause acute di tipo medico o effetti collaterali legati alla terapia farmacologica (che talvolta possono aumentare la confusione o causare veri e propri stati di delirium). Secondariamente, per aiutare l'ospite a gestire le nuove difficoltà, sarebbe opportuno intervenire sull'ambiente avvalendosi della segnaletica (per esempio, apponendo un cartello sulla porta del bagno con la scritta ben evidente "BAGNO" accompagnata da un disegno del wc e un cartello sulla porta della stanza con il nome e cognome dell'ospite scritto in caratteri evidenti), per aiutare l'anziano a stabilire dei riferimenti dei quali avvalersi per orientarsi nello spazio. Invece, per quanto riguarda le convinzioni erranee, quando assumono la connotazione di delirio è inutile cercare di convincere l'ospite della loro falsità perché ciò non farebbe che aumentarne la confusione e l'ansia; pertanto, se l'ospite che viene scambiata per la madre è sufficientemente lucida, si può provare a chiederne la collaborazione invitandola a non dare troppo peso agli atteggiamenti dell'ospite. Tuttavia, è soprattutto compito del personale di struttura cercare di gestire la relazione limitando i momenti di interazione tra le due anziane, soprattutto nei momenti di maggior confusione (gestendo i tempi e gli spazi in maniera attenta) o mediandone la relazione per evitare reazioni di agitazione o ansia da entrambe le parti.

9. Ospite di un centro diurno, 48 anni, demenza di Alzheimer, MMSE 4-5. L'anziano rifiuta di cambiare il panno (anche quando presenta feci) e non permette a nessuno di toccarlo, reagendo con aggressività verbale e fisica.

L'ospite presenta un quadro cognitivo gravemente compromesso, come evidenzia il punteggio al MMSE, pertanto è probabile che reagisca manifestando ansia e oppositività al cambio panno a causa della ridotta capacità di codificare la situazione. In tal caso, sarebbe meglio cercare di non intervenire in troppi operatori per evitare di peggiorare lo stato di agitazione dell'ospite, cercando piuttosto di capire quali condizioni possono

favorirne la tranquillità, facilitando il lavoro del personale. Interrogarsi pertanto sulle possibili ragioni alla base del comportamento cercando di non escludere a priori nessuna ipotesi: la reazione dell'ospite potrebbe essere dovuta al fatto che preferisce essere cambiato da un operatore dello stesso sesso? Il luogo dove viene svolto il cambio panno può essere fonte di ansia o paura per l'ospite (contiene arredi o elementi che possono essere interpretati in modo erroneo)? L'atteggiamento degli operatori può fare la differenza (avvicinandosi con maggiore tranquillità, è possibile ottenere una maggiore collaborazione dell'ospite)? Provando a concordare con l'ospite il momento del cambio panno, avvisandolo anticipatamente, si riesce a stemperare l'aggressività dell'anziano? Interrogarsi dunque sulle diverse ipotesi per cercare la soluzione migliore, ricordando che non sempre è possibile estinguere del tutto il comportamento disfunzionale ma è sempre doveroso cercare gli accorgimenti in grado di garantire la migliore gestione possibile del problema.

10. Uomo di 61 anni, sposato, un figlio, MMSE 15. L'anziano riferisce di sentirsi gravemente depresso poiché si rende conto di non riuscire a ricordare le informazioni poco dopo averle lette (es. le pagine del televideo). Diagnosticata demenza frontotemporale sul versante apatico. Come risollevarne il tono dell'umore dell'uomo dal momento che metterà quotidianamente alla prova le proprie capacità mnestiche?

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

11. L'ospite offende e/o critica pesantemente chiunque si avvicini, soste o sieda in fianco a lei (o a una distanza ridotta), come se si sentisse minacciata.

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

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

È dunque fondamentale prendere in considerazione tutta la rosa delle possibili motivazioni per cercare di individuare il problema e stabilire il migliore canale di comunicazione con l'ospite!

- 12. Anziano di 78 anni, vive a casa con la moglie. Ha due figli, una dei quali si occupa maggiormente della gestione dei genitori andando a trovarli a casa quasi ogni giorno. Da qualche tempo l'anziano presenta comportamenti "strani": non ricorda di aver preso le medicine, non riconosce la figlia, si blocca durante il pasto, etc. La figlia e la moglie reagiscono a tali cambiamenti perdendo la pazienza e tale atteggiamento causa di conseguenza l'agitazione dell'anziano portandolo talora a condotte aggressive. Per far fronte al problema la famiglia, che rifiuta di istituzionalizzare l'uomo, si rivolge al MMG il quale li indirizza tramite l'assistente sociale del distretto ad un centro diurno, affinché la famiglia possa ricevere sollievo dal carico assistenziale.**

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