



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

# Corso di Laurea Magistrale in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità Politiche e servizi sociali

Tesi di Laurea

—

Ca' Foscari  
Dorsoduro 3246  
30123 Venezia

## La persona con demenza: approcci relazionali e terapie non farmacologiche

### **Relatore**

Prof. Alessandro Battistella

### **Laureando**

Erica Bernardi

Matricola 807331

**Anno Accademico 2012 / 2013**

## **Indice**

<b>Introduzione.....</b>	<b>3</b>
<b>I CAPITOLO: LA DEMENZA.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Cos'è la demenza.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Classificazione delle demenze.....</b>	<b>8</b>
2.1. Demenza di Alzheimer.....	10
2.2 Demenze vascolari .....	14
2.3 Demenza con corpi di Lewy.....	16
2.4 Demenze Fronto-Temporalì (M. di Pick).....	18
2.5 Disturbi del movimento con demenza.....	19
2.5.1 Corea di Huntington.....	19
2.5.2 Morbo di Parkinson.....	22
2.5.3 Paralisi Sovranucleare Progressiva.....	23
2.5.4 Degenerazione Cortico – Basale.....	24
2.6 Demenze secondarie.....	25
2.6.1 Idrocefalo normoteso.....	25
2.6.2 Demenza HIV correlata.....	26
2.6.3 Demenza alcolica.....	27
<b>II CAPITOLO: LE MANIFESTAZIONI DELLA DEMENZA.....</b>	<b>28</b>
<b>1. I disturbi della sfera cognitiva.....</b>	<b>28</b>
<b>2. I disturbi del comportamento.....</b>	<b>33</b>
<b>III CAPITOLO: APPROCCI PSICOLOGICI CENTRATI SULLA PERSONA CON DEMENZA.....</b>	<b>45</b>
<b>1. Reality Orientation Therapy.....</b>	<b>45</b>
1.1 Rot informale.....	46
1.2 Rot formale.....	48

<b>2. Validation Therapy</b> .....	<b>49</b>
<b>3. Reminiscence Therapy</b> .....	<b>54</b>
<b>4. Remotivation Therapy</b> .....	<b>56</b>
<b>5. Person Centred Care di Tom Kitwood</b> .....	<b>57</b>
5.1 Dementia Care Mapping (DCM).....	61
5.2 Psicologia sociale benigna.....	63
5.3 Psicologia sociale maligna.....	65
<b>IV CAPITOLO: DAL “TO CURE” AL “TO CARE” PER UNA MIGLIORE QUALITA’ DELL’ASSISTENZA</b> .....	<b>68</b>
<b>V CAITOLO: LE TERAPIE NON FARMACOLOGICHE NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA (dati raccolti presso il Centro servizi “Casa Mozzetti” di Vazzola (TV)</b> .....	<b>72</b>
<b>1. Un tentativo di classificazione delle terapie non farmacologiche</b> .....	<b>72</b>
<b>2. La terapia della bambola</b> .....	<b>75</b>
2.1 Estratto del progetto sperimentale di Terapia della bambola sperimentato presso il Centro servizi “Casa Mozzetti”.....	75
2.2 Verifica terapia della bambola:un intervento non farmacologico nella demenza.....	79
<b>3. Pet Therapy</b> .....	<b>86</b>
3.1 Estratto di progetto di Attività Assistita con gli Animali sperimentato presso il Centro servizi “Casa Mozzetti”.....	88
3.2 Verifica progetto Pet Therapy.....	90
<b>Conclusioni</b> .....	<b>97</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>99</b>

## Introduzione

Probabilmente chi lavora da diversi anni nei servizi di cura per anziani si sarà chiesto più di qualche volta cosa significhi essere vecchio e diventare vecchio. Il ciclo della vita che ogni individuo compie fa sì che ci si trovi di fronte allo stesso momento ad esperienze di vita nel mondo e ad esperienze di vita propria. Il passaggio fra questi due momenti è importante. Olievenstein in *La scoperta della vecchiaia* (1999) analizza questo slittamento sottolineando che questo è un passaggio al quale non ci si può avvicinare “con gli strumenti della demografia, della sociologia o della biologia, discipline che ci fanno progredire nella conoscenza “oggettiva”, ma ci si deve arrivare attraverso una fenomenologia dei sentimenti, delle emozioni, delle sensazioni, per tentare di circoscrivere ciò che vuole dire invecchiare. L’autore in questa sua opera non è interessato ad approfondire la fase della vecchiaia in senso stretto, ma è curioso di comprendere altri aspetti di questa fase della vita: la rinascita con i suoi segni impercettibili o isolati, e quello sguardo, dapprima stupito, che rivolgiamo a noi stessi.<sup>1</sup> Se partiamo dal fatto che invecchiare sia una cosa naturale, sembra invece non lo sia il “non poter fare” che la vecchiaia comporta: non è possibile non pensare e riflettere verso i propri vuoti di memoria e verso i disturbi del pensiero che sono sempre in agguato.<sup>2</sup>

Ho voluto introdurre il mio lavoro di tesi con questa riflessione di Olievenstein perché credo contenga il messaggio che la lettura delle prossime pagine intende lasciare.

Nel primo capitolo affronto il tema della demenza compiendo una classificazione volta ad approfondire le tipologie e i tratti salienti dei diversi disturbi che colpiscono la persona anziana.

---

<sup>1</sup> Le demenze: mente, persona, società a cura di A. Monteleone, A. Filiberti, P. Zeppego p.5

<sup>2</sup> Olievenstein C., *La scoperta della vecchiaia*, trad. Silvia Marzocchi, Einaudi, Torino, 1999

Il secondo capitolo è volto a spiegare le manifestazioni delle demenza e quindi approfondisce nella prima parte i disagi correlati alla sfera cognitiva mentre la seconda spiega ed illustra i principali disturbi del comportamento.

Addentrandosi al terzo capitolo si potrà riflettere sugli approcci psicologici centrati sulla persona con demenza approfondendo i principali interventi volti a stimolare le risorse residue e le relazioni interpersonali migliorando così il benessere globale della persona.

Il quarto capitolo ha lo scopo di spiegare il passaggio che vi è stato per migliorare la qualità nell'assistenza: dal "to cure" al "to care".

Per concludere il quinto capitolo affronta il tema delle terapie non farmacologiche con particolare riguardo ai dati raccolti presso la Casa di Soggiorno "Casa Mozzetti" di Vazzola (TV) inerente i progetti sperimentali della Doll therapy e della Pet therapy.

## I CAPITOLO

### LA DEMENZA

#### 1. Cos'è la demenza

Il IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (1994) definisce la demenza come un disturbo acquisito e con base organica delle funzioni cognitive che sono state in precedenza acquisite: memoria (recente e lungo termine) e almeno un deficit che riguardi il pensiero astratto, la capacità di giudizio, la comunicazione, l'orientamento nello spazio e nel tempo, con conservazione dello stato di coscienza vigile.<sup>3</sup>

Nel campo medico il termine demenza assume dunque un significato preciso: perdita o indebolimento delle capacità mentali. Essa ha come conseguenza un calo sostanziale del rendimento intellettuale del soggetto e questo influisce sul suo ruolo sociale e lavorativo in quanto spesso è accompagnata da manifestazioni psicopatologiche e problemi comportamentali.<sup>4</sup> Demenza non è sinonimo di pazzia. Questo vocabolo è stato deciso dai medici come il meno lesivo e il più accurato per delineare questa tipologia di disturbi. Demenza è il termine che si usa per designare un insieme di sintomi e non è il nome di una patologia o di malattie che provocano quei sintomi.<sup>5</sup>

È fondamentale dunque saperli riconoscere, in quanto lo stato confusionale, la perdita di memoria e il disorientamento spazio – temporale sono le cause che spesso agli occhi di un osservatore inesperto possono far pensare all'insorgere della demenza, ma invece in diverse situazioni questi rendono il soggetto solo meno attento del normale e ciò è provocato da una condizione clinica diversa dalla demenza e si definisce stato confusionale

---

<sup>3</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, 1994

<sup>4</sup> Le demenze: mente, persona, società a cura di Antonio Monteleone, Antonio Filiberti e Patrizia Zeppego

<sup>5</sup> Una giornata da 36 ore, prendersi cura della persona con demenza, Nancy L. Mace e Peter V. Rabins

acuto o delirio. In altri casi un peggioramento della funzionalità tiroidea che comporta l'insorgere della demenza può essere evitato risolvendo e guarendo agevolmente la tiroide.

Il termine demenza corrisponde quindi ad una compromissione stabile delle funzioni cerebrali superiori acquisite ed esclude tutti gli stati di insufficienza mentale transitoria o secondaria a sviluppo deficitario. I sintomi della demenza dunque possono essere causati da diverse patologie, alcune di queste certamente trattabili. In questo ultimo periodo i medici utilizzano sempre più termini quali «sindrome cerebrale organica», «arteriosclerosi», o «demenza vascolare» ma queste condizioni non corrispondono necessariamente all'invecchiamento.

Il concetto di demenza implica nel concreto un'incapacità da parte della persona di rispondere alle proprie esigenze quotidiane. Ai sintomi che riguardano le funzioni mentali si accompagnano quasi sempre disturbi della personalità e del comportamento che possono essere comunque di entità variabile e ciò si diversifica da persona a persona.

Tra questi i più caratteristici sono disturbi psichici (ansia, depressione, deliri e allucinazioni), irritabilità o aggressività (più di frequente solo verbale e raramente fisica), insonnia, apatia, tendenza a comportamenti ripetitivi e senza uno scopo apparente, diminuzione dell'appetito e modificazioni del comportamento sessuale. Ai deficit cognitivi e ai sintomi non cognitivi, uniti alle malattie del corpo che sono frequenti, si associa un progressivo decadimento dello stato funzionale.

Al manifestarsi della patologia si assiste al deterioramento delle funzioni relazionali più complesse nelle quali è richiesta una maggiore capacità cognitiva (sono le cosiddette funzioni strumentali, quali gestire l'economia domestica, utilizzare i mezzi di trasporto e di comunicazione, gestire la casa ed i farmaci) e con la progressione della demenza vengono compromesse anche le attività quotidiane di base (la capacità di lavarsi, vestirsi, muoversi...).

Il decorso della demenza si presenta con delle complicanze, quali cadute, malnutrizione, infezioni, che comportano ad un peggioramento sostanziale dello stato funzionale e che possono essere fatali per la persona.

La demenza ha una durata più o meno variabile (circa 10-12 anni) nel corso dei quali si assiste a fasi in cui si alternano bruschi peggioramenti a periodi di stabilità dal punto di vista del quadro assistenziale. Il deterioramento delle capacità cognitive e intellettuali – che una cultura obsoleta continua a considerare “naturale” – è in realtà provocato, più spesso di quanto non si creda, dall'emarginazione sociale, dalla perdita di relazioni affettive, dall'abbandono nonché dalla carenza di esercizio mentale e fisico. Gli studi scientifici sempre più frequentemente testimoniano come molte delle perdite attribuite alla macina del tempo sono provocate da uno scorretto stile di vita, da abitudini alimentari sbagliate e dallo scarso esercizio. Malgrado questo va precisato che la maggior parte delle persone con un'età superiore ai 65 anni – conserva ancora una mente in grado di funzionare in modo congruo e preciso.

“Recentemente è stato dimostrato che, accanto a fenomeni di perdita – di cellule e di collegamenti – nel cervello senescente sono conservate capacità riparative e rigenerative; questa proprietà, nota col termine di plasticità neuronale, potremmo immaginarla come quella di un orologiaio che interviene a riparare alcuni danni. La plasticità è il meccanismo del cervello che ne regola la caratteristica di essere continuamente modificato e modificabile dal prodotto della sua stessa attività. L'invecchiamento cerebrale non è un processo monolitico, a senso unico, di logoramento, dominato dalla perdita, ma è influenzato da variabili complesse che possono, al contrario, nell'equilibrio instabile tra logoramento e plasticità, favorire un invecchiamento di successo.”<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Manuale per i familiari delle persone affette da demenza – Emilia Romagna



Delle ricerche svolte sulla popolazione mondiale indicano che tra il 5 e il 15% degli adulti con un'età superiore a 65 anni, soffre della malattia di Alzheimer o di altre forme di demenza, quali la demenza vascolare o la demenza associata al morbo di Parkinson. Di fatto, le demenze, nei Paesi industrializzati, rappresentano la terza malattia per costi sociali ed economici dopo le malattie cardiache e i tumori, inoltre sono la quarta tra le cause principali di morte.<sup>7</sup>

## **2. Classificazione delle demenze**

Sono presenti diverse categorizzazioni delle demenze, in base all'esordio, in base alla sede delle lesioni, in base al decorso e la classificazione classica su base eziologica. Viste le numerose possibilità esistenti in merito, non è dunque facile ed immediato farsi un'idea chiara su come distinguere le demenze. Vengo a proporre qui di seguito le classificazioni che più frequentemente si utilizzano quando si vuole approfondire questa tematica.

### **CLASSIFICAZIONE IN BASE ALL'ETA' DI ESORDIO**

- Demenze presenili
- Demenze senili

### **CLASSIFICAZIONE IN BASE ALLA SEDE DELLE LESIONI**

#### Demenze Corticali:

- Demenza di Alzheimer
- Demenza con corpi di Lewy
- Demenza Fronto-Temporale (Malattia di Pick)

#### Demenze Sottocorticali:

- Demenze Vascolari
- Demenze con disturbi del movimento (tra le quali troviamo la Corea di Huntington, il Morbo di Parkinson,

---

<sup>7</sup> Le demenze: mente, persona, società a cura di Antonio Monteleone, A. Filiberti e P. Zeppegno

la Paralisi Sovranucleare Progressiva e la  
Degenerazione Cortico-Basale)

## **CLASSIFICAZIONE SU BASE EZIOLOGICA**

### Demenze Primarie

- Demenza di Alzheimer
- Malattia di Pick

Demenze Secondarie o non Alzheimer (sono identificabili fattori causali ben precisi; sono infatti generate da condizioni neurologiche, metaboliche, endocrine, infezioni del S.N.C., intossicazioni ed altre patologie, che si associano al normale processo di invecchiamento):

- D. Vascolari
- D. da Malattie Degenerative del S.N.C. come il Morbo di Parkinson o la Corea di Huntington
- D. Endocrine e Metaboliche
- D. Carenziali (D. Alcolica, Sindrome Wernicke-Korsakoff...)
- D. da Agenti Tossici
- D. da Neoplasie Cerebrali
- D. da Idrocefalo Normoteso
- D. da Traumi Cranici
- D. da Infezioni (Infezioni HIV, Sclerosi Multipla).

## **CLASSIFICAZIONE IN BASE ALLA PROGnosi**

### Demenze Degenerative o irreversibili:

- D. di Alzheimer
- D. Neurodegenerative di tipo non Alzheimer (D. Fronto-Temporali e Malattia di Pick, D. con Corpi di Lewy, D. con disturbi del movimento: Malattia di Parkinson, Sindromi Parkinsoniane Atipiche, Corea di Huntigton, degenerazione Cortico-Basale, Paralisi Sopranucleare Progressiva)

Demenze Non Degenerative o Reversibili (sono una discreta parte delle Demenze Secondarie e costituiscono meno del 15% di tutte le Demenze):

- D. da Idrocefalo Normoteso
- D. da Cause Infettive
- D. da Cause Metaboliche
- D. da Cause Psichiatriche
- D. da Lesioni Occupanti Spazio

Come può ben notare lo stesso tipo di demenza può rientrare in una o nell'altra delle categorie sopra elencate, in base al criterio di classificazione che si prende in considerazione, comunque, al di là delle classificazioni appena descritte, i tipi di demenza possono essere così raggruppati:

- Demenza di Alzheimer
- Demenze Vascolari
- Demenza con Corpi di Lewy
- Demenze Fronto-Temporal (Malattia di Pick)
- Disturbi del movimento con Demenza (Corea di Huntington, Morbo di Parkinson, Paralisi sovranucleare Progressiva, Degenerazione Cortico-Basale)
- Demenze secondarie ad altre patologie (Idrocefalo Normoteso, Demenza HIV-correlata, D. da Prioni, D. Alcolica, D. da Malattie Metaboliche Ereditarie).

Di seguito analizziamo le forme più importanti.

## **2.1 Demenza di Alzheimer**

Al 5% della popolazione al di sopra dei 65 anni viene diagnosticata la malattia di Alzheimer: una sindrome a decorso cronico e progressivo. Essa risulta essere la forma più comune di demenza che colpisce la popolazione anziana nei paesi occidentali. Con l'avanzare dell'età aumenta la probabilità di

esserne affetti: si stima che circa il 20% della popolazione ultra ottantacinquenne l'abbia contratta. Non si tratta tuttavia di una patologia che interessa solo le persone anziane in quanto si verificano casi sporadici di persone che possono presentare un esordio precoce della malattia prima del compimento dei cinquant'anni.<sup>8</sup>

### **2.1.1. La scala di Barry Reisberg**

La scala più conosciuta ed utilizzata per la stadiazione della Malattia di Alzheimer è la La Global Deterioration Scale (GDS). Questa scala è uno strumento di valutazione globale della gravità del deterioramento cognitivo ideato per monitorare nel tempo il decorso progressivo della Malattia di Alzheimer. La GDS è una scala suddivisa in 7 livelli di gravità crescente di deterioramento cognitivo (da “nessun declino” a “declino molto severo”).<sup>9</sup>

**STADIO 1 - Nessun declino delle funzioni cognitive :** da parte del paziente stesso e da indagini del medico non emergono disturbi della memoria.

**STADIO 2 - Declino molto lieve delle funzioni cognitive:** la persona inizia a percepire qualche disturbo correlato alla memoria: egli inizia a non ricordare dove ha posizionato un determinato oggetto o gli sfuggono nomi di persone che conosce da diverso tempo. Negli accertamenti medici non emergono però prove oggettive di questo deterioramento mentale. Dal punto di vista lavorativo e relazionale la persona continua ad avere una vita attiva e non presenta comunque difficoltà.

**STADIO 3 - Declino lieve delle funzioni cognitive:** in questa fase insorgono i primi reali ed evidenti problemi in quanto

---

<sup>8</sup> [http://www.centroalzheimer.org/sito/alzh\\_cosae.php](http://www.centroalzheimer.org/sito/alzh_cosae.php)

<sup>9</sup> <http://www.alzheimermonterrey.com/demencias/alzheimer/escala-reisberg-it.html>

può succedere che la persona non riconosca più un ambiente che fino a poco tempo prima era familiare oppure può capitare che i colleghi di lavoro si rendano conto che la persona in questione abbia un calo nel rendimento o che abbia difficoltà a ricordare cose appena lette o dette.

I medici possono evidenziare una mancanza di concentrazione e di attenzione e un decadimento della memoria che risultano esserci quando si prova a somministrare dei test. Il paziente inizia a manifestare una certa rinuncia nelle attività quotidiane. I sintomi sono accompagnati da ansietà lieve o moderata.

**STADIO 4 - Declino moderato delle funzioni cognitive:** i seguenti disturbi risultano evidenti dall'indagine del medico:

- Poca conoscenza dei fatti attuali e recenti;
- Difetti nella memoria inerenti eventi importanti della propria vita;
- Difetti di concentrazione che si verificano qualora si metta alla prova il paziente nell'esecuzione di operazioni di sottrazione in serie (sotragga 3 a 20 ecc)
- Diminuzione della capacità di utilizzare il denaro o di utilizzare i mezzi pubblici e viaggiare
- Una sostanziale riduzione della capacità di svolgere compiti complessi.

**STADIO 5 - Declino moderatamente severo delle funzioni cognitive**

- La persona inizia ad avere bisogno di assistenza.
- Durante il colloquio non riesce a riferire al medico elementi fondamentali della propria vita attuale come, per esempio il nome dei proprio familiari più stretti o non riesce a ricordare il proprio indirizzo di casa o la sua data di nascita. La persona risulta disorientata nel tempo e nello spazio.

- Il paziente manifesta qualche difficoltà nel vestirsi; è comunque autonomo per quanto riguarda la cura della persona e il mangiare.

#### **STADIO 6 - Declino severo delle funzioni cognitive**

- Il paziente può dimenticare il nome del coniuge.
- È per lo più ignaro di tutti gli avvenimenti recenti e delle esperienze della propria vita.
- Conserva solo qualche cognizione del proprio ambiente, dell'anno, della stagione ecc.
- Può avere difficoltà a contare.
- Bisogno di assistenza nella vita quotidiana, durante viaggi o spostamenti in luoghi familiari.
- La persona diventa incontinente;
- Cambiamenti emotivi e della personalità manifesti, con comportamenti maniacali, ossessivi o ripetitivi, violenti, sintomi di ansietà e agitazione.
- Incapacità di prendere decisioni, perdita di forza e volontà.
- Mantenuta capacità di distinguere le persone familiari da quelle non familiari.

#### **STADIO 7 - Declino molto severo delle funzioni cognitive**

- Il paziente si esprime solo con brontolii: non riesce più a comunicare verbalmente.
- Incontinenza urinaria.
- Perdita ponderale delle autonomie quali la capacità di camminare e di mangiare autonomamente.
- La persona necessita di assistenza continua per ciò che riguarda gli atti quotidiani della propria vita.
- Frequenti sintomi e segni neurologici.

A tutt'oggi, non esistono farmaci che siano in grado di prevenire o guarire la malattia di Alzheimer. Nonostante ciò

ci sono dei farmaci che possono alleviare alcuni disturbi quali l'agitazione, l'ansia, la depressione, le allucinazioni, la confusione e l'insonnia. C'è da aggiungere che questi farmaci riescono a portare dei benefici per un numero limitato di pazienti e per un periodo limitato nel tempo, e possono causare effetti collaterali che è bene non sottovalutare. Si consiglia perciò di limitare l'uso dei farmaci in caso ci sia reale bisogno. Si sono riscontrati nei malati di Alzheimer livelli ridotti di acetilcolina, un neurotrasmettitore (sostanza chimica responsabile della trasmissione di messaggi da una cellula all'altra) che gioca un ruolo nei processi di memoria. Nonostante ciò sono stati recentemente introdotti dei farmaci che possono inibire l'enzima responsabile della distruzione dell'acetilcolina. Tali medicinale migliorano la memoria e la concentrazione in taluni pazienti.

Si è osservato, inoltre, che essi hanno la capacità di rallentare temporaneamente il decorso di questi disturbi; ma non esiste, invece, alcuna dimostrazione che questi farmaci fermino o facciano regredire il processo di deterioramento cellulare. Sono farmaci che curano i sintomi, ma non curano la patologia.<sup>10</sup>

## **2.2 Demenze vascolari**

La seconda forma più comune tra le tipologie di demenza è quella vascolare. Essa si presenta nella maggior parte dei casi nella popolazione anziana ed è causata dalla diminuzione del flusso sanguigno destinato al cervello.

I sintomi evidenti che fanno pensare a questo tipo di demenza riguardano la perdita progressiva di memoria, confusione, ed altri segni di demenza. Essa si manifesta nel momento in cui l'apporto di sangue, che trasporta ossigeno ed altre sostanze al

---

<sup>10</sup> [Http://www.alzheimer.it/malattia.pdf](http://www.alzheimer.it/malattia.pdf)

cervello, viene interrotto da un sistema vascolare malato o difettoso. Se l'apporto di sangue è bloccato per un tempo troppo lungo, le cellule cerebrali possono morire, causando danni alla corteccia del cervello (l'area destinata all'apprendimento, alla memoria ed al linguaggio). A seconda della persona, e della gravità dell'ictus, la demenza vascolare può verificarsi lentamente o repentinamente.<sup>11</sup>

“In alcuni casi è possibile individuare e curare la causa di ictus ripetuti, prevenendo così danni ulteriori. Se ad esempio i grumi di sangue che provocano l'ictus provengono dai vasi sanguigni del collo, un intervento chirurgico (chiamato endoarteriectomia) può rimuovere la fonte di grumi dalle arterie del collo o bypassarla collocando al loro interno uno stent. Farmaci anticoagulanti possono prevenire ulteriori infarti nei soggetti già colpiti da ictus a causa di grumi di sangue che si formano nel cuore e sono associati a fibrillazione atriale, un disturbo del ritmo cardiaco”.<sup>12</sup>

La demenza vascolare colpisce ogni persona in diversi modi. Tuttavia, alcuni sintomi possono essere simili a quelli riscontrati in altri tipi di demenza: difficoltà di concentrarsi o a svolgere le normali attività quotidiane (come mangiare, vestirsi o fare la spesa). I sintomi possono manifestarsi velocemente o gradualmente e solitamente sono direttamente collegati con il tipo di danno subito a livello cerebrale.

Indipendentemente da ciò, la demenza senile tende ad incrementare gradualmente, ed i vuoti di memoria e la capacità di ragionamento si vanno affievolendo con il tempo. Qui di seguito i tratti caratteristici della demenza vascolare:

- Rallentamento del pensiero;
- Deficit di memoria;
- Cambiamenti di umore insoliti (si manifestano spesso depressione e irritabilità);

---

<sup>11</sup> <http://www.demenzasenile.com/demenza-vascolare/>

<sup>12</sup> Una giornata da 36 ore, prendersi cura della persona con demenza, Nancy L. Mace e Peter V. Rabins (pag 317)



- Allucinazioni e deliri;
- Stato confusionale
- Cambiamenti di personalità e perdita di relazioni sociali;
- Instabilità;
- Debolezza degli arti;
- Tremori;
- Problemi di deambulazione;
- Problemi di equilibrio;
- Incontinenza;
- Deficit di masticazione;
- Difficoltà di espressione;
- La persona non riconosce l'ambiente familiare;
- Labilità emotiva per cui la persona ride o piange impropriamente;<sup>13</sup>

### **2.3 Demenza con corpi di Lewy**

La demenza a corpi di Lewy è una forma di demenza che presenta analogie con l'Alzheimer e il morbo di Parkinson. I corpi di Lewy danneggiano le cellule nervose e interrompono lo scambio dei neurotrasmettitori, pregiudicando le funzioni cerebrali. I corpi di Lewy sono stati descritti per la prima volta nel 1912 dal medico tedesco Friedrich Lewy.<sup>14</sup>

Questa tipologia di demenza si manifesta con i seguenti sintomi:

- Allucinazioni visive: la persona vede animali o persone che in realtà non ci sono;
- Disturbi del movimento. Il soggetto presenta difficoltà simili al Parkinson e quindi si manifesta con il rallentamento del movimento, rigidità muscolare, tremori o difficoltà nella deambulazione.
- Delusioni: queste possono consistere in percezioni sbagliate o irrazionali, riguardo alcune persone o eventi.

---

<sup>13</sup> <http://www.demenzasenile.com/demenza-vascolare/>

<sup>14</sup> [http://www.alz.ch/tl\\_files/PDFs/PDF-I-Infoblatt/163\\_I\\_06\\_Seltene\\_Demenzformen.pdf](http://www.alz.ch/tl_files/PDFs/PDF-I-Infoblatt/163_I_06_Seltene_Demenzformen.pdf)

- Deficit cognitivi. Come nel morbo di Alzheimer, possono verificarsi confusione, perdita di memoria e scarsa capacità di concentrazione
- Difficoltà a dormire. Un disturbo del sonno può causare reazioni fisiche ai sogni, durante il sonno
- Attenzione fluttuante. Questo può includere frequenti episodi di sonnolenza, lunghi periodi di sguardo fisso nel vuoto, letargia o discorso disorganizzato.<sup>15</sup>

La maggior parte dei soggetti affetti da questa malattia accusano gravi effetti collaterali dovuti all'assunzione di farmaci antipsicotici. Per tale ragione questi medicinali dovrebbero essere evitati o assunti nelle dosi minime se somministrati per curare deliri o allucinazioni.<sup>16</sup>

Proprio perché i farmaci antipsicotici possono peggiorare i sintomi della demenza da corpi di Lewy, è fondamentale tentare un primo approccio non farmacologico.

Riporto di seguito alcuni accorgimenti/consigli utili nel caso si abbia a che fare con un familiare affetto da questa forma di demenza:

- è importante modificare l'ambiente riducendo i rumori più fastidiosi e creare un ambiente sereno: questo è ciò di cui necessitano i pazienti affetti da demenza a mettere a fuoco i propri pensieri.
- è buona norma evitare di correggere e interrogare una persona con demenza.
- Programmare la routine, ossia strutturare la giornata in modo da aiutare le persone affette da demenza a sentirsi "protetti" e al sicuro.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> <http://www.informazionimediche.com/2012/07/demenza-da-corpi-di-lewy-sintomi-cause-diagnosi-e-cure.html>

<sup>16</sup> Una giornata da 36 ore, prendersi cura della persona con demenza, Nancy L. Mace e Peter V. Rabins (pag. 316)

<sup>17</sup> <http://www.informazionimediche.com/2012/07/demenza-da-corpi-di-lewy-sintomi-cause-diagnosi-e-cure.html>

## **2.4 Demenze Fronto-Temporali (Malattia di Pick)**

Demenza frontotemporale (DFT) è un termine generico usato per indicare tutte quelle malattie degenerative che colpiscono i lobi cerebrali frontale e temporale. Esistono tre tipologie di demenza frontotemporale :

1. malattia di Pick (o DFT in senso stretto) che si manifesta con problemi comportamentali e disturbi della personalità;
2. la demenza semantica che causa deficit di riconoscimento e di comprensione del linguaggio;
3. l'afasia primaria progressiva che compromette la fluenza o la capacità di reperimento della parola.

Le cause di queste tre forme di demenza non sono ancora state scoperte. Nel 50 % dei casi è stata osservata una spiccata familiarità. Questo tipo di demenza colpisce indistintamente uomini e donne e insorge per lo più tra i 45 e i 60 anni. È più rara della malattia di Alzheimer, tranne che nei soggetti di età inferiore a 65 anni<sup>18</sup>

L'area frontale del cervello regola il nostro comportamento, le emozioni e anche le nostre facoltà linguistiche. Di conseguenza, nel caso di una demenza frontotemporale nel malato si manifestano soprattutto modifiche caratteriali e comportamentali, mentre la memoria continua spesso a funzionare normalmente. Nello stadio avanzato, il decorso della malattia assomiglia a quello della malattia di Alzheimer.

Questo tipo di demenza non può essere arrestata né guarita in quanto non esiste una terapia farmacologica mirata.

Nonostante questo è possibile alleviare i classici disturbi comportamentali in quanto una volta conosciuti i sintomi della malattia, i malati e i familiari possono imparare ad affrontare la situazione e ad evitare i conflitti. Per i soggetti che tendono ad isolarsi giocano un ruolo fondamentale le terapie di attivazione. In

---

<sup>18</sup> [http://www.alz.ch/ti/index.php/che-cose-la-demenza.html?file=tl\\_files/PDFs/PDF-I-Infoblatt/IB\\_163\\_I\\_30\\_Frontotemporale%20Demenz.pdf](http://www.alz.ch/ti/index.php/che-cose-la-demenza.html?file=tl_files/PDFs/PDF-I-Infoblatt/IB_163_I_30_Frontotemporale%20Demenz.pdf)

soggetti particolarmente agitati e aggressivi le attività fisiche possono contribuire al rilassamento e a dare una sensazione di maggior benessere. Antidepressivi o neurolettici sono i farmaci che vengono prescritti in caso di difficoltà di gestione della persona dovuto principalmente ai forti stati di agitazione.

La demenza fronto-temporale è caratterizzata da un iniziale disturbo delle funzioni esecutive (definite come capacità di progettare e regolare un comportamento mirato a raggiungere un obiettivo), disturbi del ragionamento e del linguaggio in assenza di gravi disturbi di memoria. Essa si manifesta con cambiamenti di personalità che possono precedere l'insorgenza della sintomatologia neuropsicologica: il comportamento diventa anomalo nelle situazioni sociali, nella condotta e nelle scelte personali. Di frequente la persona diventa disinibita nel linguaggio e nei comportamenti manifestando condotte socialmente inappropriate, iperoralità, comportamenti ossessivo compulsivi, apatia, irritabilità, depressione, giocosità, euforia, deliri, difficoltà di critica e giudizio, comportamento motorio anomalo.<sup>19</sup>

I deficit comportamentali (prevalenza superiore all'80%) dominano il quadro clinico e possono anticipare di anni la demenza o rappresentare i sintomi d'insorgenza o essere per lungo tempo l'unica manifestazione.

## **2.5 Disturbi del movimento con demenza**

### **2.5.1 Malattia di Huntington**

La Corea di Huntington viene definita come un'affezione ereditaria degenerativa del sistema nervoso centrale che determina una distruzione dei neuroni in particolare a livello dei gangli della base e della corteccia cerebrale. L'ereditarietà è di tipo autosomico-dominante e la probabilità di ereditare il gene

---

<sup>19</sup> [http://www.medicina-benessere.com/Medicina\\_interna/demenza\\_frontotemporale.html](http://www.medicina-benessere.com/Medicina_interna/demenza_frontotemporale.html)

della corea è del 50% (colpisce maschi e femmine indistintamente).<sup>20</sup>

La Corea di Huntington si manifesta con un disturbo del movimento talvolta caratterizzato da movimenti involontari di tipo coreico, altre volte da rallentamento progressivo o rigidità. E' possibile un'associazione con disturbi psichici e progressivo decadimento delle funzioni intellettive. L'età di insorgenza è assai variabile potendosi la malattia manifestare a 2 come a 90 anni, anche se in genere primi sintomi appaiono in media all'età di 40-50 anni. Deficit cognitivi possono precedere talvolta il disordine del movimento. Spesso disturbi psichici minori come l'irritabilità, o la depressione del tono dell'umore, insieme ad un modesto disturbo della coordinazione motoria e lievi e sporadiche ipercinesie simili a scatti (jerky movements), possono costituire i primi segni evidenti di malattia che, notoriamente, ha un esordio per certi versi subdolo in quanto non vengono riconosciuti molti segnali come cause dell'insorgere di questo tipo di demenza.<sup>21</sup>

La forma più frequente di Malattia di Huntington, con esordio in età adulta, presenta un decorso che può essere approssimativamente suddiviso in tre stadi.

All'insorgere della malattia si possono presentare una lieve e progressiva riduzione della performance intellettuale (ad esempio difficoltà ad affrontare compiti nuovi o anche usuali mansioni in ambito lavorativo, o lievi difficoltà di memoria) e alterazioni comportamentali. Queste ultime possono includono momenti di depressione, irritabilità, ansia ed apatia. Sia i deficit mentali che i problemi comportamentali possono anticipare di mesi o di anni la comparsa dei disturbi motori. Per questa ragione l'esordio della malattia può essere in alcuni casi non facilmente riconoscibile. Un certo impaccio nei movimenti volontari, lievi

---

<sup>20</sup> [http://www.aichmilano.it/index.php?appl=aich&option=malattia\\_it](http://www.aichmilano.it/index.php?appl=aich&option=malattia_it)

<sup>21</sup> [http://www.lirh.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=56&Itemid=64](http://www.lirh.it/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=64) (Lega Italiana Ricerca Huntington e malattie correlate (LIRH))

ed occasionali movimenti involontari tipo tic, o smorfie facciali evidenziati da situazioni di stress emotivo possono essere definiti campanelli d'allarme volti a segnalare l'inizio della patologia.

Nello *stadio intermedio*, il quadro clinico è caratterizzato dalla corea ossia da movimenti involontari veloci, aritmici e afinalistici. La distribuzione e la gravità del disturbo coreico possono variare da movimenti appena percettibili alle estremità degli arti, fino a movimenti molto violenti che interessano tutti i segmenti corporei e risultano particolarmente disabilitanti. Con il progredire della malattia al disturbo coreico si sovrappongono rigidità e bradicinesia che compromettono l'attività motoria volontaria. Il modo di camminare diviene instabile e i disturbi del linguaggio che possono essere già presenti nelle prime fasi della malattia, divengono sempre più evidenti e si accompagnano alla disfagia. La distonia (contrazione muscolare tonica che causa movimenti di torsione e ripetitivi o l'assunzione di posture anomale), piuttosto rara nelle prime fasi di malattia, diventa una caratteristica prominente con il progredire della malattia.

Nelle *fasi avanzate* il quadro neurologico è caratterizzato da un marcato rallentamento, dalla rigidità e dalla presenza di posture distoniche. I pazienti necessitano di aiuto nelle attività della vita quotidiana, come la deambulazione, la capacità di vestirsi od di alimentarsi. Anche il linguaggio diventa molto problematico. La difficoltà a deglutire può richiedere particolari modificazioni alimentari e nei casi più avanzati si può giungere alla nutrizione tramite PEG. Sebbene il deficit cognitivo progredisca con l'avanzare della malattia c'è da dire che i pazienti possono mantenere un grado significativo di lucidità e quindi comprendere la loro condizione percependo lo stato di realtà.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> <http://www.coreadihuntington.it/la-malattia/la-malattia-sintomi-ed-evoluzione-della-malattia>

Attualmente non esistono terapie o cure che arrestino o rendano reversibile il decorso della malattia, esistono comunque farmaci a disposizione del medico specialista che possono attenuare alcuni effetti come i movimenti coreici più gravi e la depressione. Il miglioramento dello stato generale di salute, come ad esempio una nutrizione adeguata, porterà un miglioramento dell'insieme della persona e della qualità della vita. Mantenere le capacità e l'indipendenza del malato il più a lungo possibile, e sostenere insieme le famiglie, migliorerà la loro vita e ne alleggerirà il peso.

### **2.5.2 Morbo di Parkinson**

Il Parkinson è una malattia neurodegenerativa, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge, principalmente, alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell'equilibrio. La malattia fa parte di un gruppo di patologie definite "Disordini del Movimento" e tra queste è la più frequente. Si manifesta in entrambi i sessi, con una lieve prevalenza, forse, in quello maschile. L'età media di esordio è intorno ai 60 anni, ma circa il 5 % dei pazienti può presentare un esordio giovanile tra i 20 ed i 40 anni. Sopra i 60 anni colpisce 1-2% della popolazione, mentre la percentuale sale al 3-5% quando l'età è superiore agli 85.<sup>23</sup>

Il quadro sintomatico del Parkinson varia molto da persona a persona. Inoltre la malattia non avanza allo stesso modo in tutti i pazienti. Di conseguenza, ogni persona ha il «suo» Parkinson, con manifestazioni che possono variare sensibilmente per tipo e frequenza:

- *Impaccio nei movimenti (bradicinesia, acinesia)*: man mano che il tempo avanza risulta sempre meno facile compiere movimenti fluidi. In un primo momento i soggetti se ne accorgono mentre scrivono, svolgono un'attività manuale o

---

<sup>23</sup> <http://www.parkinson.it/morbo-di-parkinson.html>

suonano uno strumento musicale. L'acinesia si aggrava di pari passo con il progredire della malattia.

- *Rigidità*: Il tono muscolare è costantemente aumentato, soprattutto negli arti che denotano tremore o impaccio motorio. I malati hanno l'impressione che i loro arti siano «come paralizzati» e soffrono spesso di crampi dolorosi.
- *Tremore a riposo*: di regola, all'inizio il tremore a riposo (che compare nel 75% dei malati) è unilaterale. Solitamente esso si manifesta con maggiore evidenza sia negli arti inferiori che in quelli superiori. Il tremore scompare quando si compiono particolari movimenti.
- *Instabilità posturale*: nell'essere umano, la marcia in posizione eretta e l'equilibrio sono resi possibili da un complesso sistema di regolazione nel quale svolgono un ruolo fondamentale i riflessi automatici posturali. Dato che nel Parkinson questi automatismi sono alterati, le persone che si trovano in uno stadio avanzato della malattia fanno più fatica a mantenere una postura eretta. Una conseguenza pericolosa di questo danno è rappresentata dalle cadute.
- Altri sintomi frequenti del Parkinson sono le alterazioni psichiche (ad es. depressioni), le anomalie del ciclo sonno/veglia e le turbe del sistema nervoso vegetativo (regolazione della pressione sanguigna, digestione e regolazione della temperatura). Con il progredire della malattia compaiono frequentemente alterazioni dell'efficienza mentale.<sup>24</sup>

### **2.5.3 Paralisi sovranucleare Progressiva**

Un soggetto colpito da Paralisi sovranucleare progressiva ha difficoltà a muovere gli occhi e mantiene una postura del corpo rigida. A venire danneggiata o a scomparire per prima è la capacità di guardare verso l'alto. Il termine sovranucleare si

---

<sup>24</sup> <http://www.parkinson.ch/index.php?id=33&L=2>



riferisce al fatto che i centri, o i nuclei, che controllano il movimento oculare, situati nella parte inferiore del cervello, detta tronco-encefalico, non funzionano correttamente perché le fibre che si innestano in questi nuclei dall'alto sono danneggiate, il che rende difficoltoso per i soggetti colpiti muovere gli occhi.

Questo tipo di demenza è caratterizzato da lentezza mentale e rigidità. Di solito all'inizio della malattia la memoria è per lo più normale, ma la capacità manuale è spesso compromessa sin dall'esordio. La postura rigida e la mancanza di equilibrio dei soggetti colpiti da PSP sono spesso causa di cadute.<sup>25</sup>

#### **2.5.4 Degenerazione Cortico-Basale**

La DCB è una malattia neurodegenerativa rara. Colpisce le cellule nervose che controllano il movimento, l'equilibrio, la vista, il linguaggio e la deglutizione. Non si conosce la causa e non è ancora disponibile una terapia. L'approccio terapeutico è in ogni caso sintomatico. La terapia occupazionale, la fisiochinesiterapia e la terapia del linguaggio possono essere d'aiuto nella gestione della disabilità.

Si presenta con:

- Disturbi dell'equilibrio e difficoltà di deambulazione
- Rigidità, instabilità, bradicinesia e goffaggine nei movimenti degli arti superiori e inferiori;
- Deficit cognitivo e disfasia
- Difficoltà ad articolare le parole (disartria)
- Alterazioni comportamentali o di memoria
- Movimenti involontari
- Sindrome dell'arto alieno
- Esordio asimmetrico dei sintomi (colpisce prima un lato del corpo per poi estendersi lentamente all'altro lato)<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Una giornata da 36 ore, prendersi cura della persona con demenza, Nancy L. Mace e Peter V. Rabins (pag 324)

<sup>26</sup> <http://pspfocus.org/la-malattia/dcb.html>

## 2.6 Demenze secondarie

### 2.6.1 Idrocefalo normoteso

L'idrocefalo è una condizione dovuta a un'eccessiva quantità di liquido cerebrospinale nei ventricoli cerebrali. Le persone tra i 60 e i 70 anni sono quelle più colpite da questo particolare tipo di demenza.

In condizioni normali esiste un delicato equilibrio tra la produzione, la circolazione e l'assorbimento del liquido cerebrospinale nelle cavità del cervello note come "ventricoli cerebrali". L'idrocefalo si sviluppa quando il liquor non è in grado di defluire attraverso il sistema ventricolare o quando la quantità di liquor assorbita in circolo è inferiore a quella prodotta.<sup>27</sup>

L'idrocefalo normoteso è caratterizzato dall'insorgenza graduale di tre sintomi, in genere in quest'ordine:

- disturbi della deambulazione: passo strascicato, tendenza a cadere, sensazione di piedi pesanti o difficoltà a salire e scendere le scale
- incontinenza urinaria con frequente e improvviso bisogno di urinare o incapacità di trattenere l'urina
- lieve demenza (deficit cognitivi) con amnesia, perdita di memoria a breve termine, apatia o alterazioni di umore<sup>28</sup>

Nei pazienti con IN, il trattamento chirurgico, se eseguito a breve distanza dalla comparsa dei sintomi, porta ad una regressione della sintomatologia in oltre il 80% dei casi; in tal modo i processi neurodegenerativi indotti dalla malattia vengono arrestati, evitando quindi l'evoluzione verso una forma irreversibile<sup>29</sup>.

Grazie all'impianto di uno shunt, molti pazienti affetti da idrocefalo normoteso sono in grado di vivere una vita

---

<sup>27</sup> <http://www.medtronic.it/tua-salute/idrocefalo-normoteso/index.htm>

<sup>28</sup> *ibidem*

<sup>29</sup> <http://www.cetin.it/cos'è4.html>

relativamente normale. Controlli continui e regolari da parte del neurochirurgo assicurano che lo shunt funzioni correttamente e permettono di registrare i progressi compiuti.<sup>30</sup>

### **2.6.2 Demenza HIV correlata**

L'HIV è in grado di produrre gravi complicazioni neurologiche nei pazienti con infezione da HIV, sia direttamente, mediante l'infezione di cellule residenti nel Sistema Nervoso Centrale (SNC) e l'innescò di meccanismi di neurodegenerazione, o indirettamente, mediante l'immunosoppressione sistemica e la comparsa di infezioni opportunistiche del SNC. L'infezione da HIV del SNC si può manifestare clinicamente con una particolare sindrome neurologica, caratterizzata da progressivo disturbo motorio e cognitivo.

A differenza della demenza di Alzheimer, nella quale è prevalente un interessamento corticale, la demenza associata ad AIDS è classificata come sottocorticale ed è caratterizzata da un impoverimento progressivo delle capacità mentali, disfunzione motoria, anomalie del comportamento. Questi tre aspetti possono presentarsi associati o in combinazioni differenti nei diversi casi.

L'esordio è in genere brusco. Le manifestazioni più frequentemente riscontrati in corso di AIDS sono: rallentamento psicomotorio, rallentamento nell'elaborazione delle informazioni, ridotta capacità di memorizzazione delle informazioni e difficoltà dell'apprendimento. Le alterazioni del comportamento possono spesso prevalere sugli altri disturbi e possono variare dall'apatia all'agitazione, simulando quadri psicotici. L'esame neurologico può mettere in evidenza atassia, tremori, accentuazione dei riflessi

---

<sup>30</sup> Ibidem (<http://www.medtronic.it/tua-salute/idrocefalo-normoteso/vivere-con-terapia/>)

profondi, disartria, difficoltà nell'esecuzione veloce dei movimenti alternati. Nei gradi di più elevata compromissione, il soggetto ha un eloquio lento e monotono, ha difficoltà a trovare le parole, fino a diventare mutacico, rallenta fortemente i movimenti diventando incapace di muoversi.<sup>31</sup>

### **2.6.3 Demenza alcolica**

L'alcol ha un effetto dilaniante sul cervello: modifica le caratteristiche delle cellule e delle membrane cellulari e influenza i processi chimici responsabili dell'elaborazione delle informazioni. Gli effetti psicoattivi dell'alcol sono soprattutto: cambiamenti d'umore, riduzione delle capacità percettive e difficoltà motorie. Questi effetti si manifestano già con un tasso alcolico pari allo 0,25 per mille. In caso di concentrazioni più elevate (tasso alcolico superiore all'1,0 per mille), si hanno disturbi nel linguaggio, black-out, perdita di memoria e mancanza di coordinamento muscolare. Un tasso alcolico superiore al 5 per mille può provocare la morte.

L'abuso cronico di alcol può provocare gravi danni organici al cervello, quali la sindrome Wernicke-Korsakov o la demenza alcolica. In caso di demenza alcolica si osserva una perdita della memoria (soprattutto della memoria a breve termine e dell'apprendimento) e il decadimento dell'attività intellettuale (viene a mancare la capacità di giudizio e critica). Tuttavia anche in assenza di danni organici cerebrali, il 50-70% degli alcolisti di lunga data ha un'attività intellettuale ridotta e soffre di perdita di memoria. Può sembrare scontato sottolinearlo ma smettere completamente di bere e seguire una dieta equilibrata possono portare dei miglioramenti nella vita della persona.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> <http://hivpsicologiatorino.weebly.com/demenza-associata-allinfezione-da-hiv.html>

<sup>32</sup> <http://harlockinarcadia.blogspot.it/2009/07/demenza-alcolica.html>

## II CAPITOLO

### LE MANIFESTAZIONI DELLA DEMENZA

#### 1. I disturbi della sfera cognitiva

La demenza si caratterizza per una perdita delle funzioni della mente che permettono a ogni persona di conoscere e riconoscere il mondo che lo circonda, ma anche di identificare e riconoscere gli stimoli che provengono dal proprio corpo e di dare loro un significato. Queste funzioni, così preziose, sono dette cognitive e sono necessarie perché una persona possa acquisire una propria identità e interagire con il mondo circostante. Analizziamo dunque di seguito le funzioni che caratterizzano la nostra mente:

- **L'attenzione**

La persona con demenza manifesta una diversa efficienza dell'attenzione producendo alcune importanti conseguenze: la funzione di filtro fra gli stimoli subisce un significativo peggioramento e per questo la persona con demenza fatica molto a concentrare l'attenzione su un solo stimolo, perché viene continuamente disturbato dalla presenza di più stimoli presenti allo stesso momento. Poniamo l'esempio di un anziano ospite in un centro servizi che non riesce a seguire quello che gli dice l'infermiere di turno perché all'interno della propria camera l'altro paziente chiama in continuazione perché ha bisogno di andare in bagno...

- **La memoria**

Il cattivo funzionamento della memoria è uno dei sintomi più importanti di questa malattia: ad esso si dà il nome di amnesia. La difficoltà a ricordare fatti recenti si accentua fortemente, rispetto a quanto accade normalmente alla persona anziana; ma a ciò si aggiunge la difficoltà a immagazzinare nuove informazioni. Il malato cioè non trattiene quasi nulla di quanto gli viene detto o chiesto di ricordare. Inizialmente

sono meglio conservati i ricordi del passato (la cosiddetta memoria remota), ma anche questi possono subire particolari trasformazioni: infatti il malato spesso mescola i ricordi, attribuendo al presente informazioni e fatti che appartengono ad un passato remoto. Con il progredire della demenza non soltanto questo fenomeno può accentuarsi, ma a poco a poco vengono ‘cancellati’ anche i ricordi più lontani: nella mente della persona con demenza soccombe così il vuoto. Poiché noi di fatto siamo la nostra memoria, è molto doloroso assistere a questo processo di sgretolamento di una identità. Oltre alla memoria autobiografica, e cioè alla memoria relativa a tutti gli avvenimenti che riguardano la nostra vita privata e che riguardano la memoria degli eventi storici, l’amnesia colpisce anche il magazzino del significato delle parole e delle associazioni fra di esse (la cosiddetta memoria semantica).

Anche la memoria prospettica viene interessata dalla malattia: al soggetto con demenza cioè diventerà impossibile progettare qualcosa per il futuro, perché per lui la vita diviene una sorta di eterno presente, in cui anche il passato viene riattualizzato e convive con la situazione contingente, mentre la prospettiva prossima non ha più senso nella misura in cui non è possibile apprendere nuove informazioni, cioè conservare un ricordo nuovo, da proiettare in avanti nel tempo. Esiste una forma di memoria che si conserva molto più a lungo rispetto a quelle fin qui descritte: si tratta della cosiddetta memoria procedurale, cioè di quella nicchia della memoria in cui vengono conservate alcune procedure la cui continua ripetizione negli anni le ha rese ‘automatiche’.<sup>33</sup>

- **Il linguaggio / L’afasia**

Disturbo della comunicazione verbale, che può interessare sia i meccanismi di produzione che quelli di comprensione del

---

<sup>33</sup> “Non so cosa avrei fatto oggi senza di te” Manuale per i familiari delle persona affette da demenza, aprile 2013 pag 70-71

linguaggio. In seguito al progressivo deteriorarsi delle aree cerebrali preposte all'elaborazione del linguaggio, il malato si ritrova sempre più in difficoltà nel tradurre il proprio pensiero in parole e le parole degli altri nei concetti corrispondenti. Questa alterazione del linguaggio prende il nome di afasia. In particolare, ciò che viene perso, anche in collegamento con il deterioramento della memoria semantica (quella che raccoglie il significato delle cose), è l'aspetto simbolico della parola (la parola come segno convenzionale che sta al posto della realtà alla quale si riferisce): io non ho bisogno di vedere una matita per sapere che cosa è, mi basta la parola. La demenza rende dapprima sempre più difficile e poi impossibile questo processo: le parole si svuotano a poco a poco dei loro significati. Accade così che il malato si trovi a non riuscire a procedere nel discorso che ha iniziato perché fatica a trovare la parola che gli serve per illustrare il suo pensiero.<sup>34</sup>

- **La conoscenza / L'agnosia**

L'agnosia è un disturbo della percezione caratterizzato dal mancato riconoscimento di oggetti, persone, suoni, forme, odori già noti, in assenza di disturbi della memoria e in assenza di lesioni dei sistemi sensoriali elementari. Può presentarsi separatamente in relazione a ciascuno dei cinque sensi e per ogni senso sono riscontrabili diversi tipi di agnosia (prosopoagnosia, agnosia musicale, stereoagnosia o agnosia tattile, agnosia visuo-motoria, ecc.). In pratica, la persona affetta da agnosia può utilizzare una forchetta invece di un cucchiaio pensando di aver scelto il cucchiaio, oppure una tazza al posto di una sciarpa o una gomma invece della matita.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Non so cosa avrei fatto oggi senza di te" Manuale per i familiari delle persona affette da demenza, aprile 2013 p. 75

<sup>35</sup><http://it.wikipedia.org/wiki/Agnosia>

Il disturbo caratterizza spesso le fasi intermedio-avanzate della malattia e determina nel malato comportamenti patologici quali:

- mancato riconoscimento di oggetti di uso comune (pettine, saponetta, posate, capi di abbigliamento, ecc) e quindi incapacità di un loro corretto utilizzo;
- mancata distinzione tra sostanze commestibili e non commestibili e quindi possibile ingestione di sostanze non commestibili o tossiche;
- difficoltà a percepire e valutare la profondità che peggiora la capacità del malato a orientarsi, causata anche dalla difficoltà a memorizzare punti di riferimento ambientali;
- difficoltà a riconoscere la posizione del proprio corpo nello spazio e a riconoscere le porzioni del corpo; questi deficit peggiorano nel malato alcune abilità quali vestirsi e camminare;
- difficoltà a localizzare e interpretare gli stimoli dolorosi. Questo fa sì che il malato esprima il dolore fisico con manifestazioni quali aumento di agitazione, ansia, aumento del livello di confusione piuttosto che attraverso la segnalazione di dove e che cosa fa male;
- difficoltà a riconoscere volti noti (compreso il proprio) e quindi mancati riconoscimenti di persone familiari, oppure falsi riconoscimenti di estranei. Il mancato riconoscimento dei volti sta alla base di gran parte delle difficoltà relazionali tra il malato e chi lo assiste: può infatti generare nel malato paura, reazioni catastrofiche, atteggiamenti oppositivi, ostilità/aggressività, aumento dello stato di ansia e agitazione mentre nel familiare



genera difficoltà a comprendere il fenomeno e quindi sconforto, frustrazione, rabbia.<sup>36</sup>

- **Aprassia.**

È un disturbo neuropsicologico del movimento volontario, definito come l'incapacità di compiere gesti coordinati e diretti a un determinato fine, sebbene siano mantenute inalterate la volontà del soggetto e la sua capacità motoria. Come in molte malattie neurologiche, le persone affette da tale disturbo in genere non sanno di esserlo.<sup>37</sup> Poiché dunque le demenze colpiscono diverse parti del cervello, la persona malata può perdere la capacità di fare svolgere alle proprie dita e alle proprie mani compiti familiari. Può essere in grado di capire cosa vuole fare, ma sebbene le mani e le dita non siano irrigidite o deboli, il comando non riesce a passare. I medici usano la parola "aprassia" per descrivere questa condizione. Uno dei primi segni è l'alterazione della grafia. Un altro segnale, più avanzato, è un cambiamento nel modo di camminare. Le aprassie possono svilupparsi gradualmente o mutare improvvisamente a seconda del disturbo. Quando l'aprassia inizia ad influenzare il modo di camminare, la persona potrà avere problemi di equilibrio e dovrà essere aiutata con un corrimano o sorreggendola quando percorre le scale e quando sale e scende dal marciapiede. La perdita di coordinazione e di capacità manuali può portare dei problemi nella vita quotidiana: fare il bagno, chiudere una cerniera, abbottonarsi un vestito, versarsi un bicchiere d'acqua, comporre un numero telefonico.

Alcune cose per cui la persona dimostra difficoltà dovranno essere abbandonate, altre possono essere modificate in modo che il malato possa essere parzialmente indipendente.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Non so cosa avrei fatto oggi senza di te" Manuale per i familiari delle persona affette da demenza, aprile 2013 p. 79

<sup>37</sup> <http://it.wikipedia.org/wiki/Aprassia>

<sup>38</sup> Una giornata di 36 ore : prendersi cura della persona con demenza a cura di Nancy L., Mace e Peter V. Rabins

- **L'anomia.**

È l'incapacità del soggetto di denominare un oggetto. Questi soggetti, a differenza dei pazienti con agnosia, sono in grado di riconoscere l'oggetto in questione, quindi sono in grado di utilizzarlo, di accoppiarlo correttamente ad un altro oggetto semanticamente correlato (ad esempio una bottiglia, che è l'oggetto da denominare, viene correlata ad un bicchiere piuttosto che ad una forchetta) e sanno utilizzare perifrasi per "definirlo".<sup>39</sup>

## **2. I disturbi del comportamento**

Al deterioramento cognitivo si aggiungono spesso altre problematiche che rendono complessa e difficile la gestione dei malati di demenza da parte di chi si prende cura di loro. Questi problemi vengono definiti come disturbi comportamentali o sintomi non cognitivi della demenza.

### **Aggressività**

La persona con demenza può manifestare la sua aggressività verbale qualora si rivolga ad altri utilizzando un linguaggio non decoroso, oppure quando insulta urlando il proprio familiare, oppure può dimostrarla fisicamente morsicando chi gli passa accanto, graffiando o aggredendo il vicino di stanza lanciandogli tutto ciò che trova a portata di mano. Questi disturbi dal punto di vista degli altri sembrano accadere senza una ragione scatenante, ma in realtà la persona con demenza attraverso questi atteggiamenti forti vuole costruirsi una propria barriera difensiva contro qualcosa che percepisce come un pericolo o contro chi gli crea una sorta di disagio. Comportamenti aggressivi e manifestazioni di irritabilità possono altresì essere indotti da un malessere fisico presente nel malato: la persona con demenza può avere qualche

---

<sup>39</sup> <http://www.anzianievita.it/demenza-e-delirium/i-disturbi-della-sfera-cognitiva/>

dolore (mal di stomaco, dolori artrosici, dolori addominali per stitichezza) o essere influenzato, avere un'infezione. La sua irritazione potrebbe dunque venire da una sofferenza fisica che il malato non riesce a manifestare in altro modo. Capita anche a noi di essere facilmente irritabili quando sta poco bene, lo stesso accade nella persona con demenza che però non è in grado di padroneggiare la situazione (dire che ha male, dove ha male, che tipo di male prova) e manifesta il suo disturbo esclusivamente attraverso comportamenti aggressivi. È anche importante ricordare che, in alcune situazioni e poi negli stadi più avanzati della malattia, il comportamento aggressivo può essere direttamente causato dal danno cerebrale, cioè dalla compromissione di specifiche aree del cervello. Può altresì essere conseguente all'uso improprio di farmaci.<sup>40</sup>

Riporto di seguito alcuni comportamenti che è importante attuare al fine di ridurre l'aggressività nella persona con demenza:

- Non sgridare il malato, non capirebbe: in realtà la sua rabbia non è rivolta contro di voi ma è una manifestazione del suo disagio o della sua paura
- Ridurre al minimo le situazioni che possono essere vissute come minacciose dal malato; cercare di non contraddirlo in quanto la sua tolleranza alle frustrazioni è molto ridotta
- Proporre cose con calma e/o aspettare un momento adeguato. Se anche assumendo un comportamento adeguato l'aggressività non fosse contenuta è utile sapere che esistono farmaci specifici che riducono il livello di aggressività del malato.

### **Attività motoria aberrante**

Il **vagabondaggio (wandering)** consiste sostanzialmente in un'attività motoria incessante del malato che tende a camminare

---

<sup>40</sup> "Non so cosa avrei fatto oggi senza di te" Manuale per i familiari delle persona affette da demenza – aprile 2013

senza una meta e uno scopo precisi, spesso di notte. In genere il comportamento è considerato pericoloso o da evitare.

Il Vagabondare è un comportamento abbastanza noto tra i malati di demenza. C'è chi esce di casa con l'intento di raggiungere un amico e nel frattempo si scorda il motivo per cui si trova fuori dalla porta di casa o chi continua a girare all'interno del reparto apparentemente senza una ragione e invece cammina in continuazione perché si è scordato il motivo per cui per esempio si è alzato dal letto. La persona con demenza dimentica dove sta andando, che cosa si proponeva di fare, oppure non è in grado di spiegarlo. Molte sono le spiegazioni che si possono dare al vagabondaggio: di sicuro il disorientamento spazio-temporale, ma anche la malinconia, lo sconforto, la sensazione di non saper come occupare il tempo. Per il familiare risulta spesso stressante e faticoso tenere costantemente sotto controllo il malato e per questo anche al domicilio si cerca di predisporre un ambiente che sia più sicuro possibile.

Dal punto di vista dei fattori problematici il wandering può:

- aumentare la confusione e il disorientamento attraverso l'assenza di stabili riferimenti spaziali;
- costringere il paziente a cercare qualcosa che egli stesso non sa denominare o descrivere a sé o agli altri;
- condurre ad un aumento della fatica fisica ed essere causa di perdita di peso con ulteriore compromissione di comportamenti e delle condizioni cliniche in generale;
- compromettere la sicurezza ed accrescere il rischio di cadute;
- causare sentimento di smarrimento e abbandono;
- innescare reazioni negative degli altri quando venga invaso il loro spazio generando così nel paziente più insicurezza e angoscia.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Sintomo Wondering: Osservazione, analisi e successiva terapia di > di I. CILESI - M. CAPPUCCIO - C. ROTA - O. MISTRI - R. GRITTI - S. BONOMI pag. 55

Il disturbo può essere rafforzato dai seguenti fattori:

- ambiente rumoroso
- clima
- sovraffollamento;
- vicinanza di un ospite o di un oggetto non gradito;
- illuminazione inadeguata;
- cambiamento di ambiente es.: stanza, nucleo, casa.

L'atteggiamento migliore che possiamo avere nei confronti di una persona con demenza è sicuramente quello di assecondarlo per quanto possibile cercando di distrarlo, ma soprattutto non rimproverarlo. Se il malato cerca di lasciare la casa, si può suggerirgli di fare qualcos'altro, come per esempio sedersi a leggere un giornale. Se il malato insiste per uscire, possiamo uscire con lui e, una volta fuori, cercare di distrarlo riportandolo indietro. Se poi per esempio succede che la persona con demenza si sia allontanata senza che nessuno se ne sia accorto, non dobbiamo farci prendere dal panico o sentirci in colpa ma lo si cercherà nei dintorni chiedendo il supporto e l'aiuto di altri familiari o amici, o nel caso non si riesca a trovarlo è necessario chiedere aiuto alle forze dell'ordine. Un altro aspetto significativo da tenere presente quando si ha una persona con demenza è evitare di somministrargli medicinali per attenuare il rischio di wandering. È infatti risaputo che spesso sono causa di effetti collaterali quali sonnolenza, confusione, incontinenza urinaria.

**L'affaccendamento** afinalistico indica invece tutti quei gesti e comportamenti ripetitivi svolti dal paziente senza alcun fine apparente: il malato apre e rovista dentro cassetti, armadi, borsetta, contenitori vari come se stesse cercando qualcosa o mettendo a posto; ripete gesti stereotipati come strofinare lenzuola o abiti, lisciare superfici, manipolare bottoni, orli, maniche; si toglie i vestiti, le calze, le scarpe, si spoglia; si arrotola i

pantaloni al ginocchio; si tira su la gonna; svita, smonta, lacera, distrugge oggetti; sottrae o nasconde anche addosso a sé oggetti vari; sposta oggetti da una parte all'altra dell'ambiente. Altre espressioni dell'affaccendamento possono essere considerate la ripetizione continua e monotona di numeri, filastrocche, parole, brani di canzoni, ma anche il portare alla bocca materiali commestibili e non commestibili.<sup>42</sup>

Comportamenti da attuare:

- In caso di vagabondaggio provare ad assecondare questo impulso irrefrenabile permettendogli di camminare in un ambiente “protetto”, in modo da limitare al massimo i rischi e i pericoli a cui il paziente può andare incontro. Può essere utile accompagnarlo, anche seguendolo a distanza, facendo attenzione al tipo di calzature che indossa ed evitando l'uso di ciabatte.
- In caso di affaccendamento è utile lasciarlo fare, assicurandosi che utilizzi (o eventualmente fornendogli) dei materiali che possono essere manipolati senza pericolo. È consigliato cercare di tenere occupata la persona in attività utili e gradevoli (es. parti di attività domestiche semplici) Non esistono farmaci specifici per questi sintomi; la contenzione fisica dovrebbe essere sempre evitata, se non in casi di estremo ed oggettivo pericolo per il malato.

### **Agitazione psicomotoria**

Il malato non riesce a stare fermo, oppure continua a fare domande in maniera incessante.

Quando è presente questo disturbo del comportamento il malato esprime *ansia, tensione, inquietudine, timore*. Il malato non riesce a stare fermo, oppure continua a chiedere di qualcuno che deve

---

<sup>42</sup> “Non so cosa avrei fatto oggi senza di te” Manuale per i familiari delle persona affette da demenza – aprile 2013

arrivare, oppure manifesta paura per qualcosa di indefinito. Spesso si disorienta sia nel tempo che nello spazio. A volte può anche reagire in maniera eccessiva ad una situazione: questa modalità di comportamento è anche denominata reazione catastrofica, dal momento che il malato risponde ad uno stimolo, di per sé innocuo, come se si trattasse di una cosa grave, pericolosa, molto allarmante.<sup>43</sup>

Cosa fare in questo caso?

- Domandatevi se la causa di questo comportamento proviene da dentro il malato oppure viene dall'ambiente esterno (vi è qualche stimolo che è irritante per lui?)
- Chiedere al Medico Curante se qualcuno dei farmaci che ha assunto può essere la causa di questo disturbo
- Avvicinatevi al paziente con calma, cercando di orientarlo nel tempo e nello spazio, cercando di fornire supporto emotivo e affettivo, creando un ambiente tranquillo e rassicurante.
- Evitare gli eventi che possono scatenare nel paziente ansia, stress e depressione;

## **Deliri**

Con il termine “deliri” si intende la presenza di convinzioni errate della realtà, non facilmente correggibili e che condizionano il comportamento del malato. In una elevata percentuale i deliri rappresentano un sintomo presente sin dall'esordio della malattia, accanto al disturbo di memoria.

Sono prevalentemente di tre tipi: di persecuzione, di latrocinio oppure false identificazioni. Nei primi due tipi il paziente crede che qualcuno gli voglia fare del male oppure voglia sottrargli i suoi averi. Nel terzo tipo, il più frequente, il malato può essere convinto che vi sia un'altra persona nell'abitazione. Altre volte può non identificarsi nella propria immagine riflessa nello

---

<sup>43</sup> *ibidem*

specchio e reagire come di fronte a un intruso o ad un estraneo che è entrato in casa. Talvolta il malato di demenza senile può dialogare con un personaggio televisivo, credendo che quest'ultimo si rivolga a lui; infine può non riconoscere una persona familiare e scambiare per un'altra. Molto frequente è l'identificazione della moglie con la propria madre. In presenza di allucinazioni e deliri è opportuno tentare, con tatto e discrezione, di riportare il paziente a un rapporto corretto con la realtà.

Tuttavia questo comportamento può irritare il malato che si sente contraddetto in una cosa di cui è convinto. In altri casi può essere utile distrarlo; talvolta è necessario impedire che guardi la televisione ed eliminare le superfici riflettenti a specchio. Se il delirio è insistente ed è fonte di ansia o agitazione per il malato è possibile ricorrere ai farmaci, spesso efficaci.<sup>44</sup>

Si suggerisce dunque, per esempio, di non smentire il malato e di dimostrargli che si comprende il suo stato d'animo.

- È assolutamente inopportuno deriderlo, ma è meglio assecondare i suoi discorsi, cercando nel contempo di tranquillizzarlo e di riportarlo, con tatto, alla realtà assumendo un ruolo protettivo e rassicurante.
- È sempre utile individuare, al fine di ridurle o eliminarle, quando possibile, le fonti ambientali del disturbo (ad es. coprire gli specchi e/o il televisore; ridurre i rumori di fondo) e cercare di distrarlo attirandone l'attenzione su qualcosa che normalmente gli risulta piacevole.
- Va da sé che se bruschi cambiamenti di ambiente possono scatenare il disturbo, occorre accuratamente evitarli o comunque prestare la massima attenzione ogni volta che il malato cambia ambiente.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> <http://www.demenzasenile.com/allucinazioni/>

<sup>45</sup> "Non so cosa avrei fatto oggi senza di te" Manuale per i familiari delle persona affette da demenza – aprile 2013 pag. 96



## **Allucinazioni**

Le allucinazioni sono percezioni in assenza di stimoli esterni; nella demenza sono prevalentemente visive. Il malato vede (o più raramente sente) cose che in realtà non esistono (es. animali, persone, voci). Tale disturbo può derivare da fenomeni di illusione (cioè il malato percepisce in modo errato immagini o suoni reali) oppure può comparire in corso di febbre o disidratazione ed essere pertanto la spia di una malattia acuta.

In caso di allucinazioni è importante non riprendere verbalmente la persona con demenza e cercare di individuare ed eliminare i fattori di disturbo ambientali che possano infastidirlo. Non da ultimo e non meno importante è la correzione di eventuali disturbi visivi e di udito. Se le allucinazioni non risultano particolarmente disturbanti per la famiglia e per il paziente stesso (es. parla serenamente con il partner o con un genitore che sono deceduti da anni) si possono anche non trattare.<sup>46</sup>

## **Labilità del tono dell'umore**

Quando compare questo disturbo del comportamento, il malato passa rapidamente e improvvisamente dal sorriso al pianto o alla rabbia, e viceversa, in assenza di cause evidenti; oppure, il malato reagisce emotivamente in modo non coerente rispetto alla situazione, al contesto, allo stimolo: ad es. piange per cose che non hanno contenuto triste oppure trova ridicole cose che non sono spiritose o ancora, ride in circostanze inopportune. Compare prevalentemente nelle fasi intermedia e avanzata della malattia.<sup>47</sup>

Per alleviare questo disagio occorre assumere un atteggiamento rassicurante se la persona con demenza piange o mostra tristezza, cercare di comprendere se è riaffiorato da un ricordo del passato con contenuti tristi ed evitare di contraddirlo se ride per qualcosa

---

<sup>46</sup> [http://servizi.comune.fe.it/attach/superuser/docs/manuale\\_suggerimenti\\_per\\_assistenza.pdf](http://servizi.comune.fe.it/attach/superuser/docs/manuale_suggerimenti_per_assistenza.pdf)

<sup>47</sup> "Non so cosa avrei fatto oggi senza di te" Manuale per i familiari delle persona affette da demenza – aprile 2013 pag. 100

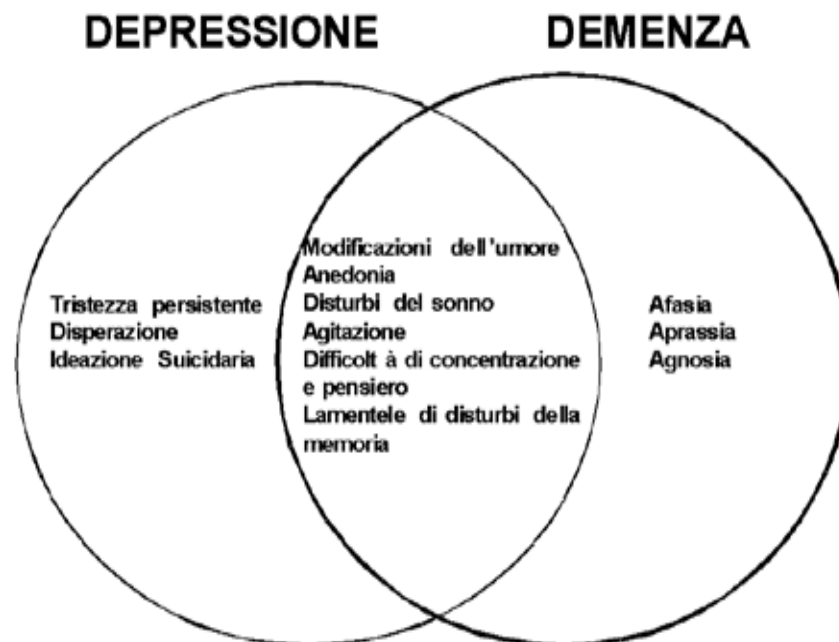
che non è spiritoso. Può essere anche utile unirsi al suo riso. Si può altresì tentare di assumere un atteggiamento materno: accarezzare, abbracciare, cullare il malato come se fosse un bambino piccolo può essere efficace. Anche distrarlo, introducendo nell'ambiente nuove persone, oppure farlo parlare al telefono con qualcuno che lo rassicuri può essere altrettanto efficace.

Non sempre gli interventi di chi si prende cura del malato, anche se corretti, producono un risultato. Occorre allora lasciare che il disturbo si esaurisca da solo.

## **Depressione**

Nel momento in cui sia già stata diagnosticata con certezza una demenza, la valutazione clinica per stabilire se il paziente con il quale ci stiamo confrontando presenti una comorbidità con la Depressione Maggiore è di particolare interesse e difficoltà.

**Fig. 1.** Il continuum depressione-demenza.



DEPRESSIONE	DEMENZA	PSEUDODEMENZA
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La famiglia è sempre consapevole del disturbo e della gravità</li> <li><input type="checkbox"/> l'esordio è databile con esattezza</li> <li><input type="checkbox"/> i sintomi sono di breve durata prima di ricorrere al medico</li> <li><input type="checkbox"/> i sintomi progrediscono rapidamente</li> <li><input type="checkbox"/> frequentemente c'è una positività per disturbi psichiatrici pregressi</li> <li><input type="checkbox"/> i pazienti esprimono un forte disagio e si lamentano molto della perdita di efficienza cognitiva, sottolineando gli errori e impegnandosi poco anche a eseguire compiti semplici</li> <li><input type="checkbox"/> l'affettività risulta alterata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La famiglia spesso non è consapevole del disturbo e della gravità</li> <li><input type="checkbox"/> l'esordio è databile solo approssimativamente</li> <li><input type="checkbox"/> si ricorre al medico solo dopo molto tempo dopo l'esordio</li> <li><input type="checkbox"/> la progressione dei sintomi è lenta</li> <li><input type="checkbox"/> negativa anamnesi per disturbi psichiatrici precedenti</li> <li><input type="checkbox"/> i pazienti si lamentano poco dei disturbi cognitivi ma tendono a nascondere i loro deficit, impegnandosi molto ad eseguire compiti anche semplici e segnandosi note per essere adeguati</li> <li><input type="checkbox"/> l'affettività risulta labile con disinibizione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La famiglia è consapevole del disturbo e della gravità</li> <li><input type="checkbox"/> Insorgenza improvvisa</li> <li><input type="checkbox"/> si ricorre al medico dopo poco tempo dopo l'esordio</li> <li><input type="checkbox"/> la progressione della patologia è rapida</li> <li><input type="checkbox"/> anamnesi positiva per precedenti disturbi psichiatrici</li> <li><input type="checkbox"/> i pazienti hanno piena consapevolezza dei propri deficit e della loro patologia in generale ed enfatizzano la loro disabilità, vivendo con molto disagio l'emergere dei sintomi e focalizzandosi sui propri errori</li> <li><input type="checkbox"/> l'affettività risulta alterata</li> </ul>

<p><input type="checkbox"/> si verifica una perdita delle capacità socio-relazionali</p> <p><input type="checkbox"/> i disturbi cognitivi non peggiorano durante la notte</p> <p><input type="checkbox"/> l'attenzione e la concentrazione restano conservate</p> <p><input type="checkbox"/> i soggetti spesso rispondono "non so" alle domande poste</p> <p><input type="checkbox"/> perdita di memoria per eventi sia recenti sia remoti</p> <p><input type="checkbox"/> vuoti di memoria per periodi o eventi precisi</p> <p><input type="checkbox"/> forte disparità di prestazione nell'esecuzione di compiti di uguale difficoltà</p> <p><input type="checkbox"/> disturbi del sonno</p>	<p>emotiva</p> <p><input type="checkbox"/> le capacità sociali sono normalmente conservate</p> <p><input type="checkbox"/> frequentemente si verifica un peggioramento dei sintomi la notte</p> <p><input type="checkbox"/> memoria e attenzione compromesse</p> <p><input type="checkbox"/> le risposte sono spesso approssimative</p> <p><input type="checkbox"/> nei test di orientamento i pazienti confondono cose note e ignote</p> <p><input type="checkbox"/> perdita di memoria più grave per eventi recenti rispetto a quelli remoti che appaiono conservati</p> <p><input type="checkbox"/> vuoti di memoria per periodi specifici</p> <p><input type="checkbox"/> simile difficoltà e/o incapacità nell'esecuzione di compiti di uguale difficoltà</p>	<p><input type="checkbox"/> le capacità sociali sono normalmente compromesse</p> <p><input type="checkbox"/> invariabilità dei sintomi durante la notte</p> <p><input type="checkbox"/> si manifestano disturbi della memoria che risulta perciò compromessa</p> <p><input type="checkbox"/> risposte frequenti del tipo "non so" alle domande poste</p> <p><input type="checkbox"/> il comportamento appare incongruo con la gravità dei deficit</p> <p><input type="checkbox"/> tono dell'umore depresso</p> <p><input type="checkbox"/> frequenti sintomi vegetativi</p>
---	--	---

La tabella su riportata è volta a differenziare e a chiarire le caratteristiche che differenziano la depressione dalla demenza e la pseudodemenza .

Molti sintomi della depressione coincidono con quelli dei disturbi demenziali, quali il rallentamento psicomotorio, la labilità emozionale, brevi episodi di pianto, insonnia perdita di peso, incapacità di descrivere gli stati dell'umore e pessimismo. Ciò nondimeno i pazienti affetti da depressione con AD mostrano maggiore autocommiserazione, sensibilità al rifiuto e anedonia e meno segni neurovegetativi rispetto ai pazienti anziani depressi non dementi. Nonostante le ricerche siano attive riguardo la patogenesi sia della depressione che della demenza e sulla possibilità di una eziopatogenesi comune, rimane comunque difficile formulare rapidamente una diagnosi sulle base dei sintomi, poiché le due sindromi possono presentare una sovrapposizione clinica. In effetti sia nella depressione che nella demenza possono essere presenti sintomi di pertinenza affettiva e sintomi di tipo cognitivo<sup>48</sup>. C'è da dire anche che la depressione è spesso poco curata nell'anziano perché molti sintomi come stanchezza, insonnia, palpitazioni, problemi gastroenterici, sono psicosomatici e la mascherano ma al tempo stesso regrediscono curando la depressione. Spesso il quadro clinico viene denominato pseudodemenza e descrive pazienti con disturbi depressivi associati a deficit cognitivo che molto frequentemente evolvono in demenza: circa il 50% di questi soggetti sviluppa una demenza irreversibile entro 5 anni.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Heun R, Kockler M, Ptok U. *Depression in Alzheimer's disease: is there a temporal relationship between the onset of depression and the onset of dementia?* Eur Psychiatry 2002;17:254-8.

<sup>49</sup> <http://terapieperlamente.it/MISDIAGNOSI-TRA-DEMENTZA-E-DEPRESSIONE.pdf>

### III CAPITOLO

#### APPROCCI PSICOLOGICI CENTRATI SULLA PERSONA CON DEMENTIA

Nel campo delle professioni d'aiuto si è registrato negli ultimi anni un progressivo superamento dei tradizionali modelli di cura centrati sul compito, in cui l'operatore e la malattia erano i protagonisti dell'intervento. La messa in primo piano del modello olistico che ha posto al centro l'esperienza della persona/paziente e i suoi bisogni individuali, ha spesso trovato ispirazione nella psicologia centrata sulla persona. Il principio su cui si fonda questo modello è che tutte le persone meritano rispetto e valgono in quanto tali, indipendentemente dalla loro patologia o disabilità. Come conseguenza di questo dunque, l'esperienza, i valori, le personalità e la rete dei rapporti sociali di un soggetto vanno presi in considerazione nell'elaborazione di un progetto di aiuto della persona.

Il tema dell'assistenza delle persone affette da demenza ha avuto uno sviluppo per molti aspetti strepitoso negli ultimi decenni. L'approccio centrato sulla persona si propone come riferimento culturale forte e come credibile alternativa alla posizione medica tradizionale che descriveva la malattia come un fenomeno essenzialmente neurologico e che implicava una de-responsabilizzazione del malato e della sua famiglia trasmettendo ineluttabilità e impotenza.<sup>50</sup>

#### **1. Reality Orientation Therapy**

La Terapia di Orientamento alla Realtà (Reality Orientation Therapy; ROT), nell'ambito degli interventi psicosociali rivolti alla persona è la più diffusa terapia cognitiva. Essa è stata

---

<sup>50</sup> La persona con demenza. Approcci psicologici centrati sulla persona di Ian Morton

applicata con successo in pazienti con deficit cognitivo<sup>51</sup> ed è stata ideata da Folsom alla fine degli anni '50, presso la Veterans Administration (Topeka, Kansas), e successivamente sviluppata da Taulbee e Folsom negli anni '60.

La ROT è finalizzata a riorientare il paziente rispetto a sé, alla propria storia e all'ambiente che lo circonda. Essa si fonda in parte sulle teorie cognitive, le quali si pongono l'obiettivo di modificare comportamenti disfunzionali e migliorare il livello di autostima della persona facendola sentire ancora attiva dal punto di vista dei rapporti sociali significativi e riducendone la tendenza all'isolamento.<sup>52</sup> Attraverso una serie di molteplici stimolazioni multimodali di tipo musicale, verbale, grafiche, visive, tale tecnica si propone di andare a rafforzare le informazioni base del paziente rispetto alla sua storia di vita personale e alle dimensioni spaziale e temporale<sup>53</sup>

Due sono le metodologie che si utilizzano per effettuare la Rot, quella informale, detta programma informale e quella formale, detta programma formale.

### **1.1 R.O.T. informale (R.O.T. 24 ore).**

Il primo tipo di Rot, ossia il programma informale consiste in un processo di stimolazione continuo, nell'arco di tutta la giornata durante la quale tutti gli operatori rendono partecipe e attivo il paziente fornendogli informazioni corrette sull'orientamento personale, spaziale e temporale utilizzando il contatto abituale giornaliero e non momenti prestabiliti. In particolare si chiede alla persona in quale luogo si trova, gli si chiede il suo nome, la data di oggi; qualora il paziente rispondesse con frasi improprie, si passa alle domande essenziali, facendo notare, con tatto gli sbagli commessi. La R.O.T. informale, rappresenta in modo complementare

---

<sup>51</sup> Zanetti O, Frisoni GB, De Leo D, Dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M. Reality Orientation Therapy in Alzheimer's disease: useful or not? A controlled study. *Alz Dis Assoc Dis* 1995;9:132-8.

<sup>52</sup> <http://www.sigg.it/public/doc/giornaleart/413.pdf>

<sup>53</sup> Trabucchi M., *Le demenze*, Utet, Milano, 2002

quell'insieme di facilitazioni temporali e spaziali (stanze colorate, segni di facile interpretazione, calendari) introdotte dai familiari e dagli operatori socio sanitari che sono vicini al paziente colpito da Alzheimer al di fuori del setting della R.O.T. formale. La ROT informale, rappresenta dunque, un rinforzo all'orientamento del paziente lungo tutto il corso della giornata. Gli scopi principali che permette di raggiungere questo approccio sono indicativamente due: ri-orientare il soggetto per quanto riguardagli aspetti importanti della sua biografia personale chiedendogli per esempio di ricordarsi della sua data di nascita, dell'orario e del luogo in cui si trova e stimolare la memoria del paziente chiamando in causa argomenti connessi alla sua storia di vita. Quest'ultimo aspetto in particolare si è mostrato efficace in quanto maggiore è il livello di stimolazione emotiva del soggetto tanto maggiori e positive risulteranno i coinvolgimenti delle funzioni a livello mentale.<sup>54</sup> E' possibile pertanto concludere che la R.O.T avvalendosi di una vasta gamma di stimolazioni risulta in grado di sollecitare diverse abilità cognitive come prassia costruttiva, attenzione, memoria. Diverse sono anche le tecniche e i mezzi di cui si avvale la R.O.T. per migliorare tali abilità; una delle principali tecniche cardine è costituita dall'uso di ausili esterni, oggetti quali calendari, immagini, lavagne, fotografie, orologi, oggetti vari di uso comune, che possono essere visti come dei veri e propri supporti all'attivazione dei processi di stimolazione del paziente.<sup>55</sup> Agli ausili esterni si affiancano tecniche di memorizzazione, le quali spaziano dalla ripetizione frequente delle informazioni, alle associazioni, tecnica che consiste nell'individuare un nesso tra due elementi informativi da apprendere, all'efficace tecnica della visualizzazione nella

---

<sup>54</sup> Carbone G., Tonali A., Invecchiamento cerebrale, demenze e malattia Alzheimer: una guida informativa per i familiari e gli operatori, Franco Angeli, Milano, 2007

<sup>55</sup> Cristini C., Rizzi R., Zago S., La vecchiaia fra salute e malattia, Pendragon, Bologna, 2005.



quale il paziente viene sollecitato a creare delle immagini di ciò che deve ricordare, sino alla categorizzazione che permette di elaborare e semplificare il materiale da memorizzare tramite l'individuazione di categorie semantiche o fonologiche.<sup>56</sup>

## **1.2 R.O.T. formale (R.O.T. in classe)**

In aggiunta alla ROT informale è stata introdotta anche una ROT formale, che consiste in sedute giornaliere di 45 minuti, condotte in gruppi di 4-6 persone, omogenee per grado di deficit, durante le quali un operatore impiega una metodologia di stimolazione standardizzata, finalizzata a riorientare il paziente rispetto alla propria storia di vita, all'ambiente ed allo spazio. Gli operatori che svolgono le sedute Rot, possono essere medici geriatri, assistenti sociali, animatori, infermieri, operatori sanitari adeguatamente preparati. Non è scontato far presente che che minore è il livello cognitivo dei pazienti che partecipano alle sedute Rot e necessariamente più ridotto dovrà essere il gruppo per garantire una maggior efficacia dell'intervento. La programmazione pensata dalla R.O.T. consente di andare a promuovere tutti quegli automatismi che permettono al paziente di muoversi ed orientarsi nella vita quotidiana, pertanto il conduttore sollecita nel soggetto l'utilizzo delle medesime strategie mnestiche, ripetute frequentemente nel corso del tempo. Il modello che caratterizza la R.O.T. è di tipo pratico, pertanto, nel corso delle sedute non vengono trasferite nozioni teoriche ma pratiche affinché esse possano dimostrarsi utili per affrontare la vita di tutti i giorni, vengono dunque proposti esempi realistici, vicini alla realtà di vita dei soggetti allo scopo di favorire tutti quei

---

<sup>56</sup> Scocco P., De Leo D., Pavan L., "Interventi riabilitativi per pazienti affetti da demenza", in Scocco P., De Leo D., Pavan L., (A cura di), Manuale di psicoterapia dell'anziano, Bollati Boringhieri, Torino, 2001

meccanismi che agevolano l'apprendimento procedurale.<sup>57</sup> Una revisione dell'efficacia dei trattamenti non farmacologici nelle fasi iniziali della Malattia di Alzheimer ha mostrato l'efficacia della Reality Orientation Therapy sia su soggetti con deficit mentali che su persone che presentavano problemi comportamentali.<sup>58</sup> In aggiunta a quanto scritto è importante sottolineare che la condivisione dei propri problemi personali con i pari e le dinamiche di rispecchiamento che si attivano, svolgono il ruolo di supporto psicologico non indifferente in quanto si è dimostrato che essi portano a dei risvolti positivi per ciò che riguarda l'umore e il benessere globale dei pazienti.<sup>59</sup>

## **2. Validation Therapy**

Il termine “validation” (validazione o valorizzazione) coniato da Naomi Feil, indica una forma di approccio nuova alle persone non orientate. È un modello che parte dal presupposto di non voler riportare la persona alla realtà attuale ma di cogliere e di accettare ossia convalidare il contenuto emozionale delle loro affermazioni e dei loro comportamenti senza necessariamente valutarli o correggerli. La validazione come atteggiamento di fondo si pone come obiettivo quello di accettare le persone per quelle che sono. Recenti studi dimostrano che se applicata in modo corretto e continuato, può comportare grande sollievo a familiari e caregiver e contribuire al rispetto per le persone anziane e per una vita più ricca e dignitosa.

Questo metodo è stato messo a punto tra il 1963 e il 1980 da Feil, che per diversi anni aveva provato a riportare alla realtà un gruppo di malati dementi, giungendo alla conclusione che quella non era un' aspettativa fattibile. Ella capì che, per la persona anziana,

---

<sup>57</sup> Bacci M., Valutazione cognitiva e programmi di ginnastica per l'anziano, Casa editrice Scientifica Internazionale, Roma, 2000

<sup>58</sup> [http://www.riabilitazionegeriatrica.it/Rot\\_1.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/Rot_1.htm)

<sup>59</sup> Bianchin L., Faggian S., Guida alla valutazione e al trattamento delle demenze nell'anziano. Strumenti e tecniche per l'operatore, Franco Angeli, Milano, 2006

tornare al passato restituiva un senso alla propria vita. Iniziò, quindi, ad accompagnarli nella loro realtà, percependo che il ritorno al passato rappresentava per loro l'occasione di risolverne i conflitti, di ritrovare certi vissuti e di riappacificarsi con se stessi prima della morte. Feil si stupiva quando vedeva che questi anziani, accettati amorevolmente, si sentivano più sereni e ritornavano in qualche modo alla realtà presente, rassicurati a tal punto da avere la forza di accettare le perdite dell'avanzare degli anni e della patologia.<sup>60</sup>

La Validation Therapy è utilizzata con anziani affetti da deficit cognitivo di grado medio-grave. Non è finalizzata a riorientare il paziente nella realtà, dato lo stadio avanzato della patologia, ma piuttosto è il terapeuta che tenta di comprendere e quindi di “entrare” nella realtà che il soggetto affetto da demenza si è costruito.

In pratica l'ipotesi che sostiene tale patologia è che la demenza riporta il malato ad episodi passati del suo vissuto e a conflitti relazionali, specie familiari o con figure significative. È fondamentale seguire il paziente nel suo mondo per cercare di comprendere quali sono i suoi sentimenti, le sue emozioni e i comportamenti che derivano da questo suo rivivere i conflitti del passato. È un metodo volto, mediante interventi individuali o di gruppo alla stimolazione cognitiva e sensoriale, ma soprattutto alla diminuzione dei disturbi comportamentali e degli interventi farmacologici ad essi correlati. Attraverso il metodo Validation si tenta di ridurre disturbi quali il vagabondaggio, l'agitazione, l'aggressività, l'ansia e l'essere sospettosi che caratterizzano la persona con demenza.<sup>61</sup>

Il metodo Validation differenzia il comportamento degli anziani molto disorientati in quattro stadi detti della Risoluzione: il Mal

---

<sup>60</sup> GROSSEMBACHER MARCHESI M., MARCHIORI G., (2008) Metodo Validation: un approccio empatico nella cura del disorientamento senile.

<sup>61</sup> [http://www.riabilitazionegeriatrica.it/validation\\_therapy.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/validation_therapy.htm)

orientamento, la Confusione Temporale, i Movimenti Ripetitivi e la Vita Vegetativa

1. **Lo stadio del Malorientamento** presenta la persona anziana abbastanza orientata dal punto di vista spazio-temporale per la maggior parte della giornata, tranne per qualche episodio di confusione, a causa del quale può sentirsi smarrito. La persona ha ancora un linguaggio idoneo anche se tende a ripetere cose non vere e ad accusare gli altri confabulando, soprattutto per fronteggiare le proprie lacune e frustrazioni. Comportamenti che rientrano in questa fase sono la tendenza ad accumulare una certa quantità di oggetti o soffrire di vittimismo.

L'operatore Validation accetta la realtà dell'anziano senza giudicare, ascolta pazientemente, riconosce che l'anziano ha bisogno di utilizzare oggetti o persone presenti che fanno le veci di quelle del passato.

2. **Nello stadio della Confusione Temporale** la persona anziana si trova ormai disorientata nel tempo e nello spazio. La persona segue il libero flusso della propria mente, si rifugia nel passato per riconciliarsi con se stesso, non può più appellarsi alle facoltà cognitive nè alle convenzioni sociali.

L'operatore Validation accetta il deterioramento fisico ed i bisogni psicologici dell'anziano, utilizza il contatto visivo diretto, tocca con amorevolezza il corpo dell'anziano, rispecchia le sue emozioni ed aiuta a verbalizzarle.

3. **La fase seguente riguarda i Movimenti Ripetitivi.** In questo stadio la persona ha perso la facoltà del linguaggio e del pensiero logico trattenendo però la necessità umana di esprimere le emozioni e di sentirsi protetti. Per questo motivo, la persona recupera dall'infanzia movimenti e gesti con i quali si autostimola in modo ripetitivo, come movimenti della bocca, suoni tipo lallazione, dondolii ecc. La persona

può anche recuperare espressioni tipiche del lavoro che svolgeva un tempo, come piegare, battere, strofinare.

In questa fase l' operatore Validation ricorre a tecniche non verbali, come il contatto visivo e tattile. L' operatore cerca di rispecchiare le emozioni dell' anziano perchè questo crea la fiducia, qualità che anche una persona molto disorientata è in grado di percepire. Si è rivelato molto utile utilizzare la musica come canale privilegiato per stabilire la relazione con il paziente, è noto, infatti, che la musica apre un varco nello stato affettivo profondo del paziente ed è in grado di stimolare l' espressione delle emozioni. La musica fornisce una stimolazione sensoriale globale e favorisce la comunicazione, riduce l' agitazione, l' irritabilità e l' aggressività, migliora il tono dell' umore.

4. **L' ultimo stadio, la Vita Vegetativa**, segna il ritiro definitivo dalla realtà esterna, la persona si ripiega completamente su se stessa.

L' operatore fa molto spesso visita alla persona per brevi momenti, avvalendosi del tocco e della musica, così da far percepire la presenza di un altro essere umano che lo accompagni fino alla fine. <sup>62</sup>

“La prospettiva di riferimento teorica della Validation Therapy si poggia sui principi della psicologia umanistica, psicodinamica e comportamentale : si rammentano in particolare gli essenziali contributi di Jung, Freud, Maslow e Rogers. <sup>63</sup> Le tecniche applicative traggono origine dalla Programmazione Neuro Linguistica (PNL), ideata da Bandler e Grinder negli anni '60. Tra i principi fondamentali :

- Accetta il tuo paziente senza giudicarlo. (Carl Rogers)

---

<sup>62</sup> GROSEMBAKER MARCHESI M., MARCHIORI G., (2008) *Metodo Validation : un approccio empatico nella cura del disorientamento senile*.

<sup>63</sup> FEIL N., (1996) *Il metodo Validation : una nuova terapia per aiutare gli anziani disorientati*. Sperling & Kupfer, Ital : 1.

- Il terapeuta non può capire a fondo o modificare il comportamento se il paziente non è disposto a cambiare o non ha la capacità intellettuale necessaria per l'introspezione. (Sigmund Freud)
- Considera il tuo paziente come un individuo senza uguali. (Abraham Maslow)
- I sentimenti espressi, e poi riconosciuti e legittimati da un ascoltatore che gode di fiducia, diventeranno meno intensi. Quando vengono ignorati, o negati, i sentimenti acquistano forza. "Il gatto ignorato diventa una tigre." (Carl Jung)
- Ogni fase della vita ha un solo compito che noi dobbiamo affrontare in un tempo prescritto nel breve spazio della vita umana. Dobbiamo sforzarci di portare a termine il compito, e poi passare al compito successivo. (Erik Erikson)
- Un compito trascurato richiede di essere svolto in una fase successiva. (Erik Erikson)
- Gli esseri umani si sforzano di mantenere l'equilibrio (omeostasi). (S. Zuckerman)
- Quando la memoria recente (memoria a breve termine) diventa debole, le persone molto anziane ripristinano l'equilibrio richiamando alla memoria i ricordi antichi. Quando la capacità visiva diminuisce, usano gli occhi della mente per vedere. Quando l'udito se ne va, ascoltano i suoni del passato. (Wilder Penfield)
- I ricordi lontani, ben conservati, persistono nella persona molto anziana. (F.G. Schettler e G.S. Boyd)
- Il cervello non è l'unico regolatore del comportamento nella persona molto anziana.
- Il comportamento è una combinazione di modificazioni fisiche, sociali, e intrapsichiche che si verificano durante il breve lasso di tempo della vita. (Adrian Verwoerdt)
- Esami autoptici hanno dimostrato che numerose persone molto anziane sopravvivono con danni cerebrali gravi, restando relativamente orientate. (Charles Wells)

- Esiste una causa dietro il comportamento delle persone molto anziane e disorientate. (Naomi Feil)
- Ogni essere umano è prezioso indipendentemente dal suo grado di comportamento. (Naomi Feil)

Come si può notare, in queste frasi, scelte dall'autrice, è esposta una teoria che mette al centro di tutto il profondo rispetto per la persona anziana, ritenuta importante nonostante le menomazioni dovute al decadimento psicofisico".<sup>64</sup>

### **3. Reminiscence Therapy**

Assieme agli interventi psicoterapici e riabilitativi, utilizzabili sia nella persona anziana affetta da depressione dell'umore sia nel paziente con deficit cognitivi, uno spazio pressochè indipendente occupa la terapia di Reminiscenza, nella quale gli le situazioni passate rappresentano lo spunto per stimolare le risorse residue della memoria e proprio queste vengono stimolate al fine di far riemergere esperienze dal punto di vista emotivo piacevoli.<sup>65</sup>

La letteratura impiega numerosi termini per descrivere la Reminiscenza: life review, oral history, autobiography, family folklore e family stories; malgrado accezioni diverse questi termini, per l'obiettivo terapeutico comune che si pongono, possono essere considerati sinonimi. Mentre alcuni autori impiegano il termine Reminiscenza e Life Review in modo intercambiabile, altri differenziano questi interventi.<sup>66</sup> La Reminiscenza è spesso considerata un intervento psicosociale che si focalizza sulle memorie positive, mentre la Life Review si riferisce ad una forma di psicoterapia nella quale la persona riflette sulla propria storia di vita al fine di rielaborare i sensi di colpa, risolvere conflitti intrapsichici, riconciliare le relazioni e trovare i significati delle precedenti esperienze. La Life Review si

<sup>64</sup> <http://www.animanziani.it/il%20metodo%20validation.htm>

<sup>65</sup> Gagnon D.L. (1996). A review of Reality Orientation, Validation Therapy, and Reminiscence Therapy with the Alzheimer's client. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 14:61-77.

<sup>66</sup> Kovach C. (1990). Promise and problems in reminiscence research. *J.Gerontol.Nursing*, 16: 10-14.

indirizza pertanto, secondo alcuni autori, al “lato doloroso della reminiscenza”.<sup>67</sup>

Questo approccio è nato dal Dottor R. Bluter negli Stati Uniti degli anni '60 e fu soprannominata “live review”. La stessa utilizza gli eventi del passato e gli oggetti ad esso collegati per stimolare la memoria tramite il ricordo. Molti anziani hanno dei chiari ricordi del passato e riescono a richiamare alla memoria, gli avvenimenti della propria storia personale, soprattutto i più remoti. I pazienti con problemi cognitivi, spesso riescono a ricordare avvenimenti della propria infanzia e giovinezza, provando solitamente piacere nel raccontare a chiunque voglia ascoltarli. La Terapia della Reminiscenza è una di quelle attività che si possono definire a “prova di fallimento” giacché il paziente Alzheimer, solitamente si sente sicuro se deve affrontare argomenti che riguardano la sua vita passata, mentre si troverebbe in imbarazzo se chiedessimo cosa ha mangiato a pranzo o dirci in quale giorno della settimana ci troviamo. Permette quindi alle persone ammalate di mantenere la propria autostima, anzi di svilupparla ulteriormente quando sono ancora in grado di ricordare, piuttosto che frustarli su quello che non possono tenere alla mente a causa della patologia. In passato tale terapia era considerata patologica per le sue valenze negative mentre oggi è vista come strumentale per risolvere conflitti del passato e mantenere un ruolo sociale favorendo l'autostima. Inoltre è indicata come terapia finalizzata ad aiutare la persona con demenza a risolvere conflitti irrisolti, gestire le precedenti perdite, riconoscere ed apprezzare le proprie abilità interiori e trovare significati nelle precedenti esperienze che possano adattarsi al presente. I temi delle sedute di reminiscenza, saranno, quindi, quelli del passato: vecchi libri, immagini, fotografie, canzoni, che possono stimolare e richiamare antichi ricordi.

La Terapia di Reminiscenza, può essere utilizzata in maniera individuale o di gruppo; in entrambi i casi l'operatore dovrà

---

<sup>67</sup> Lashley M.E.(1993):The painful side of reminiscence. Geriatric Nursing 14:138-141.



mantenere la conversazione entro i limiti delle possibilità ed abilità cognitive dei pazienti senza mai provocare in questi frustrazioni dovute a domande od argomenti troppo difficili da seguire. Un intervento di gruppo che adotta la tecnica della reminiscenza come intervento riabilitativo e psicoterapico richiede che i partecipanti non presentino compromissione severa delle facoltà cognitive.<sup>68</sup>

Gli obiettivi delle Reminiscence Therapy vengono così suddivisi:

- Stimolare la memoria: La RT richiede il costante uso della memoria e ha tra i suoi obiettivi anche quello di far riemergere memorie perse nel corso della malattia
- Mantenere un ruolo sociale attivo e migliorare l'autostima: la Reminiscenza è indicata come terapia finalizzata ad aiutare la persona anziana a superare conflitti irrisolti, gestire le precedenti perdite, riconoscere ed apprezzare le proprie risorse interiori e trovare significati nelle precedenti esperienze che possano adattarsi al presente
- Stimolare le relazioni interpersonali: La RT è principalmente una terapia di gruppo e favorisce il confronto e gli scambi relazionali tra i partecipanti.<sup>69</sup>

#### **4. Remotivation Therapy**

La Rimotivazione si definisce come un approccio di tipo cognitivo e comportamentale il cui scopo consiste nella rivitalizzazione degli interessi per gli stimoli esterni, nello stimolare gli anziani a relazionarsi con gli altri ed a affrontare e discutere argomenti contingenti della realtà che li circonda; è particolarmente indicata in pazienti con sintomi depressivi non gravi e deficit cognitivo lieve in grado di seguire una conversazione, anche se istituzionalizzati.<sup>70</sup>

---

<sup>68</sup> [http://www.riabilitazionegeriatrica.it/T.Reminiscenza\\_6.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/T.Reminiscenza_6.htm)

<sup>69</sup> <http://www.centrorubbi.it/siteimgs/Benchmarking%20delle%20Terapie%20-%20Appendice%205.pdf>

<sup>70</sup> Janssen J.A., Giberson D.C. (1988). Remotivation Therapy. *J.Gerontol.Nursing* 14:31-34.

La rimotivazione trova spazio anche nella terapia dei disturbi dell'umore, indipendentemente dalla presenza di deficit cognitivi. Viene applicata individualmente oppure in piccoli gruppi; è fortemente strutturata, direttiva e ripetitiva. Abitualmente richiede brevi sessioni nelle quali un tema d'attualità viene discusso.

Il principale obiettivo consiste nel limitare e nel contrastare la tendenza all'isolamento del paziente demente e depresso (Koh et al., 1994).<sup>71</sup>

## **5. Person Centred Care di Tom Kitwood**

L'approccio medico tradizionale ha mostrato i suoi limiti nella cura e nell'assistenza della persona con demenza. Le cause dei meccanismi patologici e le cause non sono ancora stati chiariti e la risposta farmacologica non è a tutt'oggi ancora risolutiva. In Inghilterra si è sviluppato un nuovo approccio di comprensione delle demenze che rappresenta una svolta e una vera e propria rivoluzione culturale.

La Cura Centrata sulla Persona amplia la prospettiva di analisi e inserisce oltre alla sintomatologia tutta una serie di fattori personali, sociali e biografici volti a comprendere in modo più profondo la persona con demenza e a decifrare le varie manifestazioni comportamentali. Questo modello si è diffuso in tutto il mondo e oltre ad offrire nuove ed efficaci strategie per prevenire e sostenere le manifestazioni di disagio ed irritazione che spesso mettono in difficoltà familiari e professionisti forniscono un valido supporto e un punto di svolta nella cura e nell'assistenza della persona affetta da demenza.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> Koh K., Ray R., Lee J., Nair A., Ho T., Ang P.C.(1994). Dementia in elderly patients: can the 3R mental stimulation programme improve mental status?. Age Ageing 23:195-199.

<sup>72</sup> <http://www.nonautosufficienza.it/workshop/32244/B8E-La-cura-degli-anziani-affetti-da-demenza-centrata-sulla-persona>

L'approccio ha come punto cardine la centralità della persona e punta a considerare gli esseri umani in quanto tali indipendentemente dalla loro malattia o disabilità. In quest'ottica viene a modificarsi l'assistenza all'individuo che viene riconosciuto in funzione della propria storia di vita. L'approccio a cui si fa riferimento è il Person Centred Care di Tom Kitwood, professore di psicosociologia gerontologica. Secondo tale prospettiva la compromissione neurologica dovuta al danno cerebrale viene considerata come una delle cause della demenza, viene però sottolineato che vi sono molti altri i fattori che incidono profondamente sul vivere quotidiano della singola persona che ne è affetta. Questa considerazione permette di affrontare la cura non solo sul piano neurologico ma di valorizzare le necessità psicologiche della persona, tra le quali Kitwood identifica: comfort, identità, attaccamento, occupazione e inclusione.

La cura della demenza diventa quindi un mantenimento dell'essere persona dell'individuo, tralasciando i deficit cognitivi che il paziente può avere. Curare con un approccio alla persona significa considerare i sentimenti e le emozioni dell'altro, valorizzare il senso di appartenenza e il senso di identità, valorizzare quindi le risorse che una persona può mettere in atto e non i limiti e le abilità ormai perdute.

Le manifestazioni e l'avanzare della demenza in ogni persona sono influenzate non solo dalla neuropatologia, ma dalla reciproca azione del danno neurologico, della salute fisica, dell'acuità sensoriale, della personalità, biografia personale e della psicologia sociale in termini di ambiente, comunicazione e interazioni.

$$\text{Demenza} = \text{NI} + \text{H} + \text{B} + \text{P} + \text{SP}$$

**NI = Compromissione neurologica**

**H = Salute e benessere fisico**

**B = Biografia – Storia di vita**

**P = Personalità**

## **SP = Psicologia Sociale**

Ogni fattore ha la stessa influenza nel determinare il grado di demenza. Seguendo questa linea di pensiero, le persone con demenza subiscono a livello neurologico gli effetti negativi di un impoverimento ambientale, mentre la loro struttura neurale potrebbe beneficiare di un suo arricchimento, così come sostenuto anche dalle più recenti ricerche sulla stimolazione ambientale.<sup>73</sup>

Il vedere la demenza come risultato di un'interazione di influenze diverse: cervello ma anche salute fisica; personalità e interessi; ambiente, entro il quale si collocano familiari, personale di cura, società in genere, pone la persona al centro di queste influenze. Da qui ha origine lo sviluppo di un approccio di Cura Centrata sulla Persona, in cui la persona con demenza, lontana dall'essere una vittima passiva, è invece un "agente attivo", che cerca un significato, risponde e cerca di agire nel mondo.

Ciò a cui bisogna tendere nella cura e nella gestione dei molteplici aspetti della demenza, è illustrato dai 4 elementi che seguono:

**V (valorizzare)** affermare l'assoluto valore di tutti gli esseri umani indipendentemente dall'età o dalle capacità cognitive

**I (individualizzare)** trattare la persona come un individuo, riconoscere l'unicità della persona

**P (prospettiva)** comprensione del mondo dalla prospettiva dell'utente

**S (ambiente sociale)** offrire un ambiente sociale positivo in cui la persona con demenza possa sperimentare benessere

Da questo risulta la seguente equazione:

$$\text{CCP (cura centrata sulla persona)} = \text{V} + \text{I} + \text{P} + \text{S}$$

**(persone molto importanti!)**

---

<sup>73</sup> APPROCCIARSI ALLE PERSONE CON DEMENZA. LA CURA CENTRATA SULLA PERSONA di Samantha Pradelli

**V = VALORIZZARE LE PERSONE CON DEMENZA E COLORO CHE SI PRENDONO CURA DI LORO.** Il nocciolo di questo primo elemento della cura centrata sulla persona è che ognuno di noi dovrebbe tendere a trattare le persone con demenza ad ogni stadio della loro disabilità nel modo in cui ogni persona vorrebbe essere trattata.

### **I = TRATTARE LE PERSONE COME INDIVIDUI**

La più concreta implicazione della cura centrata sulla persona è assumere un approccio individualizzato per valutare ed andare incontro ai bisogni unici della persona con demenza. Lo scopo racchiuso in questo elemento, che è divenuto standard attraverso il piano assistenziale individualizzato, è di trattare le persone come individui e fornire loro prestazioni assistenziali che soddisfino i loro bisogni individuali.

### **P = GUARDARE IL MONDO DALLA PROSPETTIVA DELLE PERSONE CON DEMENZA**

L'esperienza soggettiva dell'individuo è vista come realtà e quindi il punto di partenza per spiegarne il comportamento e gli approcci terapeutici. Una delle caratteristiche di questo approccio di cura è quella di tentare di mettersi nei panni delle persone con demenza.

### **S = FORNIRE UN AMBIENTE SOCIALE POSITIVO**

Esiste un detto in Zulu: “una persona è una persona attraverso gli altri”, che significa che non si può essere una persona da soli, ma solo attraverso le relazioni. L'individualità è percepita e plasmata attraverso la collettività, che a sua volta viene da essa plasmata e influenzata.<sup>74</sup>

È fondamentale dunque “prendersi cura” dell'altro e non solo “curare”. Tom Kitwood e altri colleghi stanno sviluppando approcci psicosociali che hanno dato il via a percorsi terapeutici

---

<sup>74</sup> APPROCCIARSI ALLE PERSONE CON DEMENZA. LA CURA CENTRATA SULLA PERSONA di Samantha Pradelli

che cercano di umanizzazione le cure portando la persona ad invecchiare con dignità e successo.

### **5.1 Dementia Care Mapping (DCM)**

Kitwood riteneva che la qualità dell'assistenza centrata sulla persona debba essere non solo visibile, ma anche misurabile. Il Dementia Care Mapping (DCM) è un metodo per la valutazione della qualità della cura dalla prospettiva della persona con demenza: esso è utilizzato in 24 paesi del mondo in contesti di cura formale come gli ospedali e le case di cura, ma anche a domicilio o nei Centri Diurni. Il DCM si basa sui principi della Cura Centrata sulla Persona, che promuove un approccio olistico alla cura a difesa della Personalità dell'individuo con demenza. La valutazione misura il benessere delle persone con demenza con la supposizione di base che l'ambiente sociale contribuisca in modo decisivo al benessere o al malessere della persona.

La metodica del DCM prevede l'osservazione di alcune persone con demenza in uno spazio pubblico (es. sala da pranzo) per un dato periodo di tempo. Tutti i dati relativi alla condizione di benessere o malessere delle persone con demenza ed ai comportamenti emessi dallo staff vengono registrati, elaborati e successivamente condivisi con lo staff. Le informazioni ricavate serviranno a definire un programma di miglioramento nella cura profusa. In alcuni contesti viene utilizzato come strumento di verifica della qualità anche ai fini dell'accreditamento oltre al fatto che viene usato per focalizzare e promuovere interventi di formazione continua nei contesti socio-sanitari. Il DCM è uno strumento complesso e potente, per questo motivo l'addestramento al metodo viene effettuato esclusivamente da personale formato direttamente dal Bradford Dementia Group.<sup>75</sup>

La qualità dei rapporti è al centro dell'assistenza centrata sulla persona.

---

<sup>75</sup> <http://www.associazionefreia.it/attachments/article/72/dcm%20base.pdf>

Troviamo tre condizioni di base che valgono per l'assistenza centrata sulla persona di Kitwood: autenticità (congruenza), accettazione ed empatia.

Autenticità in un rapporto implica una attenzione sincera e totale; accettazione e riconoscere che l'altro vive una propria realtà con fatti e azioni. Occorre accettare questa realtà soggettiva; empatia e capire il mondo del l'altro per quanto possibile e comprendere l'altro senza però dover cambiare la propria realtà.<sup>76</sup>

La qualità del contatto è essenziale per il benessere delle persone affette. Le offerte di assistenza per malati di demenza devono essere integrate nella quotidianità in modo flessibile e non con rigidi programmi di attività.

È sbagliato riempire la giornata con una sequenza di attività quali cantare o fare ginnastica, perché neanche noi vorremmo che ci venisse strutturata la giornata in modo così fisso, vogliamo decidere noi cosa fare. Il collaboratore deve perciò informarsi sulle preferenze dell'individuo e attenersi alle sue inclinazioni. In questo modo nasce un modo d'agire personalizzato, su cui basarsi per le attività quotidiane. I temi da affrontare e da realizzare riguardano quindi diversi ambiti: lavoro e hobby (tipiche attività quotidiane, come fare la spesa, cucinare, pulire); natura (passeggiare, giardinaggio); ricordi (ricordi individuali sulla base di foto, lettere, ricordi di periodi di vita) per rafforzare sensazioni positive; musica (cantare, ballare, ascoltare musica) che è fondamentale per la comunicazione umana e permette quindi di raggiungere qualsiasi persona; movimento (movimento del corpo) che incentiva anche l'attività del cervello. Importante è il ruolo del team di assistenza e dei familiari. È un compito difficile, da svolgere con un atteggiamento empatico, con equilibrio, flessibilità e con tutte le conoscenze del settore.<sup>77</sup>

Per la riuscita del processo è quindi determinante l'interesse delle direzioni verso le persone con demenza. Rimane da capire se

---

<sup>76</sup> [http://www.assistenanziani.it/contenuti/pdf\\_art/NOTMONDO\\_DemenzaDeficit\\_20090809.pdf](http://www.assistenanziani.it/contenuti/pdf_art/NOTMONDO_DemenzaDeficit_20090809.pdf)

<sup>77</sup> "Demenza e deficit": offerte di assistenza centrata sulla persona – agosto-settembre 2009 Assistenza Anziani

l'assistenza centrata sulla persona sia realizzabile e se il costo sia opportuno. La letteratura risponde ai due quesiti con un netto "sì" perché le persone con demenza risultano più attive e partecipano maggiormente alla vita quotidiana, perché i collaboratori sono più felici, con maggiori speranze e stanno meglio. La pratica è però più complicata.

Ogni ente dispone di una propria organizzazione con una propria storia, proprie risorse, proprie competenze e lacune. Ma anche le organizzazioni ritengono che non vi sia alternativa per una buona riuscita dell'assistenza ai malati con demenza se non l'assistenza centrata sulla persona.<sup>78</sup>

## **5.2 La Psicologia Sociale Benigna**

Non è semplice identificare elementi di una psicologia sociale portatrice di benessere, nei confronti di qualsiasi persona in difficoltà in particolare nei confronti di anziani le cui possibilità cognitive vanno riducendosi. Tom Kitwood dice di avere spesso osservato come sia sufficiente che "tale psicologia sociale sia presente, nell'ambiente di una persona, per circa mezz'ora, per far riguadagnare alla persona stessa sufficiente fiducia e sicurezza, tali da permettere un comportamento più adeguato per le due o tre ore seguenti, come se il "sentirsi persona" (*personhood*) fosse temporaneamente restaurato" ed evidenzia cinque esempi di questi processi.<sup>79</sup>

I processi della psicologia Sociale Benigna sono:

### ***a) Sostegno-contenimento.***

Questo termine è usato da Kitwood nel senso in cui è stato usato da Winnicot parlando delle cure parentali (Davis e Wallbridge, 1981). Significa fornire uno spazio sicuro e adeguato, dove le emozioni

---

<sup>78</sup> *ibidem*

<sup>79</sup> [http://www.riabilitazionegeriatrica.it/Psicologia%20sociale%20benigna\\_7.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/Psicologia%20sociale%20benigna_7.htm)



forti e capaci di spaventare possano essere sperimentate, senza che la persona possa essere sopraffatta dal terrore di sentirsi disintegrata o annichilita. Come nel caso dei bambini, il sostegno/contenimento psicologico delle persone dementi può coinvolgere un contatto rassicurante, anche di tipo fisico.

#### ***b) Validazione***

L'autore ricorda che questo termine ha una lunga storia nel lavoro psicoterapico e consiste nell'accettare la realtà della "personale verità" dell'esperienza di un altro, spesso in contrasto con coloro che la vorrebbero scartare come irreali o indegna di considerazione.

Si è dimostrato come la validazione sia di cruciale importanza nel rapporto di cura delle persone dementi, soprattutto attraverso il lavoro di Feil (1993).

#### ***c) Facilitazione***

Si tratta semplicemente di rendere possibile ad una persona il fare quello che altrimenti non sarebbe in grado di fare, fornendole quelle parti dello schema di azione che mancano e niente di più. Inoltre (l'autore fa ancora riferimento a Winnicott) la facilitazione comporta corrispondere a un gesto in modo da provocare una ulteriore risposta, procurare all'interazione struttura e significato. Nella vera facilitazione non vi sono pressioni o prevaricazioni e niente va a forzare il gesto del paziente.

#### ***d) Celebrazione.***

Questa azione significa coinvolgere la persona con demenza e chi si prende cura di lei nel fare insieme qualcosa che può dare ad entrambi gioia: cantare, danzare, ridere, consumare un buon pasto, camminare su una spiaggia. Usando termini dell'analisi transazionale di Berne, entrambe le persone sono qui nello stato dell'io detto "bambino" (Steward e Joines, 1987). Al contrario, la maggior parte delle cure ai dementi sono fornite attraverso

interazioni di tipo Genitore-Bambino, dove il genitore ha un atteggiamento critico e controllante o tale da richiamare l'educazione primaria.

#### *e) Timolazione*

Si tratta della diretta e piacevole stimolazione dei sensi, in modo che tenga conto dei valori e degli scrupoli della persona demente. Questo può includere quei massaggi il cui primo scopo è fornire contatto fisico e comfort, l'uso di oli aromatici, l'esplorazione di materiali e la creazione di una conversazione particolare attraverso la musica. Il coinvolgimento diretto dei sensi è a proprio modo, fa notare Kitwood, una forma di orientamento alla realtà.<sup>80</sup>

### **5.3 Psicologia sociale maligna**

Psicologia sociale "maligna" è l'espressione che Tom Kitwood ha coniato negli anni novanta per classificare "quelle interazioni svalutanti e stigmatizzanti nelle relazioni di cura, che possono minare le necessità psicologiche, o addirittura l'identità profonda delle persone. Pur generalmente riconosciute come non intenzionali, esse sono assai comuni, costituendo di fatto un aspetto incontrovertito, anzi spesso perfettamente accettato, della cultura assistenziale, nonostante i danni profondi che esercitano sul processo di cura."<sup>81</sup>

L'autore ha illustrato dieci aspetti della nocività dovuta alla Psicologia sociale maligna:

**INGANNO:** "vengono utilizzate forme di rappresentazione non veritiera, astuzie, inganni, per far in modo che il paziente acconsenta ai nostri desideri."

---

<sup>80</sup> [http://www.riabilitazionegeriatrica.it/processi\\_p\\_s\\_b\\_.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/processi_p_s_b_.htm)

<sup>81</sup> [http://ilpaltra.files.wordpress.com/2010/04/altra\\_third-newsletter\\_it\\_web3.pdf](http://ilpaltra.files.wordpress.com/2010/04/altra_third-newsletter_it_web3.pdf)

ESAUTORAZIONE: ci si sostituisce alla persona nell'esecuzione di compiti, anche quando è in grado di compierli, per velocizzare i tempi, creando così "una diminuzione del senso di azione".

INFANTILIZZAZIONE: è una forma più estrema di quella descritta nell'aspetto precedente: in questo caso l'agire di chi si relaziona con il paziente (così chiameremo d'ora in poi l'anziano demente, ma anche quello il cui stato mentale è in via di deterioramento) esprime il messaggio che questi viene considerato alla stregua di un bambino piccolo. Ciò si può esprimere ad esempio con un particolare tono di voce, o con bonarie minacce di piccoli "castighi".

INTIMIDAZIONE: il paziente la subisce quando pratiche mediche o processi di valutazione psicologica lo spaventano, per lo più per le modalità con cui sono condotti, oppure quando è aggredito, verbalmente o fisicamente.

ETICHETTATURA: dopo la diagnosi di demenza, si attiva il meccanismo della profezia autoverificantesi ossia da questo momento in poi il paziente verrà trattato in modo diverso, e ciò lo porterà ad un peggioramento.

STIGMATIZZAZIONE: il paziente viene escluso, non più trattato come una persona, ma come " un oggetto malato, un paria"

DISTANZIAMENTO: il funzionamento mentale delle persone dementi è molto più lento di quello delle persone che non hanno alcun deficit, tuttavia spesso non se ne tiene conto e pertanto diventa impossibile un vero contatto interpersonale.

INVALIDAMENTO: è la causa dovuta ad un atteggiamento che non esprime al paziente il fatto che la sua soggettività, ciò che egli vive e prova ricevono validazione da chi gli sta intorno; non gli si esprime che egli ha "diritto di cittadinanza" nel proprio ambiente.

ESILIO: la persona demente viene rimossa dall'ambiente sociale, sia fisicamente che psicologicamente. Il risultato è una privazione del contatto umano significativo.

OGGETTIFICAZIONE: il paziente affetto da demenza non è trattato come una persona, bensì come materia inerte, sulla quale si agisce, sia pure per rendere dei "servizi" (spostamenti, pratiche di igiene, nutrizione, ecc.).

*La Psicologia Sociale Maligna, sempre secondo Tom Kitwood, porta effetti immediati sulla relazione, mentre, nello stesso tempo, il processo patologico danneggia la struttura cerebrale. Si può parlare quindi di danno cerebrale ma di demenza apparente per il condizionamento da parte della PSM stessa nei confronti del comportamento. E' interessante che Tom Kitwood faccia notare come episodi riconducibili ad espressioni della PSM non appartengano soltanto alla vita dei pazienti affetti da demenza diciamo così "conclamata", ma siano "ampiamente comuni nell'esistenza degli anziani confusi, che abitano 'ai confini della demenza'." L'autore esprime la convinzione che "la PSM faccia talmente parte del mondo dell'invecchiamento da passare, in genere, inosservata". Kitwood esprime altresì l'ipotesi, già riportata sopra, che essa sia "prevalente e accettata soprattutto in ambito medico".* <sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> [http://www.riabilitazionegeriatrica.it/i%20contesti%20in%20cui%20si%20esprime\\_2.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/i%20contesti%20in%20cui%20si%20esprime_2.htm)

## IV CAPITOLO

### DAL “TO CURE” AL “TO CARE” PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DELL’ASSISTENZA

Nel corso di questi ultimi decenni vi è stato dal punto di vista medico un miglioramento sostanziale per quanto riguarda i progressi che si sono dimostrati a livello conoscitivo, preventivo e soprattutto terapeutico per la cura delle patologie. Da un punto di vista storico la figura del medico ha assunto nel corso dei secoli accezioni diversificate a seconda del periodo che si vuole prendere in considerazione. Fino al XVIII e XIX secolo per esempio la figura del medico era caratterizzata da una parziale impotenza dal punto di vista diagnostico e terapeutico in quanto non vi erano le conoscenze e gli strumenti necessari che abbiamo oggi per guarire e curare determinati disturbi, eppure la relazione medico – paziente era caratterizzata da un’alleanza terapeutica che metteva in luce il forte legame che il medico aveva nei confronti della persona malata. La cosiddetta visita medica a quei tempi era considerata l’attività di cura e coincideva spesso con l’anamnesi ossia con il racconto da parte del paziente della problematica e del disturbo che presentava. Vi era però una sorta di fiducia e rispetto che accompagnava la relazione medico – paziente. Shorter E. nel suo libro afferma che “la narrazione del disturbo da parte della persona malata agiva come una forza catartica, come il migliore dei placebo”<sup>83</sup>.

In fondo lo stesso effetto placebo molto dibattuto e approfondito nell’approccio medico, di fatto rappresenta la contraddizione di una visione eccessivamente meccanicistica che non considera “gli effetti curativi della fiducia, delle attese di un buon rapporto medico-paziente”.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Shorter E. *“La tormentata storia del rapporto medico-paziente”* Feltrinelli, Milano 1986

<sup>84</sup> Helman C., *Culture, health and illness*, Butterworth, Oxford, 1990

Sorprende infatti come nell'epoca post-moderna in cui abbiamo medici capaci di fronteggiare le più diversificate urgenze, capaci di fare accurate diagnosi e porre specifiche terapie sia insorta e vi sia sempre più una sorta di delusione da parte dei pazienti che vivono con sospetto e insoddisfazione il loro rapporto con il proprio medico. Questo è dovuto senza dubbio al cosiddetto tecnicismo clinico che denota sempre più la professione del medico: la parcellizzazione dei saperi, la specializzazione settorializzata degli studi fa sì che il medico si presenti come una persona meno carismatica di un tempo e anzi agli occhi del paziente viene percepito come una sorta di meccanico che aggiusta gli organi e gli apparati sostituendo pezzi che non funzionano più correttamente con altri che riportano la funzionalità che si era perduta. Quante volte all'interno dei reparti di centri servizio o ospedali sentiamo medici che identificano le persone utilizzando espressioni come il "terminale", il "cirrotico", il "psichiatrico"... è proprio in questi ultimi tempi che il paziente viene etichettato con la malattia di cui è affetto ed è proprio questo riduzionismo bio-medico di stampo organicista e positivista che ha perso di vista l'uomo. La progressiva spersonalizzazione del rapporto medico-paziente concepito come portatore di infermità racchiude in sé un senso di insoddisfazione e delusione generale per quanto riguarda gli aspetti relazionali che si creano tra paziente, familiari e personale sanitario.<sup>85</sup> Il distacco sempre più evidente che si manifesta nella medicina tecnologica verso i bisogni della salute come vengono definiti dai malati si trasformano in atteggiamenti di risentimento e qualvolta ostilità: oggigiorno questi comportamenti vengono definiti i "fallimenti del successo"<sup>86</sup>.

L'organizzazione Mondiale della Sanità alla luce di quanto detto ha definito un nuovo concetto di salute intesa non solo come assenza di malattia, ma come uno "stato di completo benessere fisico,

---

<sup>85</sup> <http://www.accademiaopera.it/txt-102-03.pdf>

<sup>86</sup> Satolli R. *Per la medicina in crisi un rimedio: l'informazione*, Telema, 3, 1997

mentale e sociale”.<sup>87</sup> Viene così messa da parte la concezione secondo cui il medico doveva sostanzialmente guarire la malattia. Si va finalmente oltre questo approccio puramente biologico per prendere in considerazione un concetto dinamico della salute, inteso come un equilibrio fra la persona e l’ambiente circostante. “La salute è una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell’individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”.<sup>88</sup> La persona malata non è dunque disturbata solo a livello biologico, ma presenta nella maggior parte dei casi anche alterazioni a livello psicologico o sociale a seconda del contesto in cui è inserito e vive. Nell’approccio olistico mente e corpo sono dunque considerati un’unità e la patologia è l’esito di vari fattori: organici, psicologici, familiari e sociali. Nell’epoca contemporanea dobbiamo ricordare che la maggior parte delle persone malate sono affette da patologie per lo più croniche e irreversibili e questo dovrebbe far capire al medico come il suo ruolo non debba essere quello di guarire, ma curare la persona accompagnandola e facendo sì che prenda coscienza della propria patologia. Avere l’abilità di costruire attorno alla persona malata un ambiente idoneo fa sì che si favorisca una migliore relazione basata sulla fiducia e sul rispetto di entrambe le parti. Empatia, atteggiamento non giudicante, apertura all’altro, accettazione incondizionata, ascolto attivo sono solo alcune delle condizioni necessarie e sufficienti per creare un setting adeguato in termini di qualità di vita del medico, ma anche del paziente. Un approccio olistico impone dunque di considerare la persona malata come un’unità: mente e corpo devono essere necessariamente considerate in stretta connessione reciproca. Hollender<sup>89</sup> sulla base di quanto scritto finora, distingue tre livelli di relazione medico-paziente:

1. Nel primo livello sono inseriti i casi d’urgenza, gli interventi chirurgici, eventi della vita che colpiscono una persona come

---

<sup>87</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, 1946

<sup>88</sup> SEPPILLI T. (1996), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, in AM. Rivista della società italiana di antropologia medica – n.1-2, Perugia, 19

<sup>89</sup> Hollender M.H., *The psychology of medical practice*, Sanders, Philadelphia, 1958.

l'infarto o il coma: in queste situazioni ci troviamo di fronte un medico attivo e un paziente passivo. (relazione madre-lattante).

2. Il secondo stadio è tipico per presentare situazioni di malattie acute e di tutti quegli eventi in cui il paziente è in grado di collaborare e creare una sorta di alleanza terapeutica con un medico che è comunque direttivo nei suoi confronti. (relazione genitore-bambino).
3. Il terzo livello si caratterizza per la mutua e reciproca partecipazione. Si ha nelle persone affette da patologie croniche in cui il medico-terapeuta aiuta il paziente a curarsi ma chiede la collaborazione attraverso un rapporto solido e maturo. (relazione tra persone adulte).

Questo schema potrebbe sembrare rigido ma in realtà per coloro che svolgono un lavoro di cura appare naturalmente più fluido in quanto potrebbe risultare facile riconoscersi in una delle tre situazioni che l'autore ci ha proposto. Nonostante vi sia comunque tra medico e paziente una relazione asimmetrica, Hollender ci vuole dimostrare che queste relazioni sono comunque armoniche in quanto basate sull'accettazione consensuale e sulla complementarietà dei ruoli.

“Alla luce di un così complesso rapporto con le malattie croniche, si scopre che la possibilità di rapportarsi con la persona anziana implica una capacità che non è soltanto qualcosa che nasce naturalmente e spontaneamente, ma richiede un lavoro di conoscenza su noi stessi. Infatti non è possibile entrare in relazione con gli altri se non lo siamo in primis con noi stessi, e dunque con il Vecchio che è dentro di noi e che diventeremo.”<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup> Le demenze: mente, persona, società a cura di A. Monteleone, A. Filiberti, P. Zeppego, 2013



**V CAPITOLO**  
**LE TERAPIE NON FARMACOLOGICHE NEI PAZIENTI**  
**AFFETTI DA DEMENZA**

**Dati raccolti presso il centro servizi “Casa Mozzetti” di Vazzola  
(TV)**

**1. Un tentativo di classificazione delle terapie non farmacologiche**

La scarsa risposta che hanno dimostrato avere i farmaci nelle demenze vascolari e nelle demenze degenerative ha fatto sì che i ricercatori si orientassero maggiormente a trovare delle terapie alternative che agissero sulla sfera cognitiva, emozionale, relazionale e comportamentale dei pazienti con demenza lieve o moderata la cui limitazione della sfera sensoriale non fosse totalmente compromessa.<sup>91</sup>

Sembra doveroso ricordare che questi interventi che analizzeremo di seguito non sono volti al recupero o al ripristino di abilità ormai deteriorate ma alla ricerca e alla costruzione di un nuovo equilibrio che migliori la qualità della vita della persona malata e di chi se ne prende cura.

Vi è un ampio e discusso dibattito in merito ai benefici che la riabilitazione cognitiva e gli interventi psico-sociali possono dare alle persone con demenza, certo è che oggi questi approcci di intervento non farmacologico sono sempre più richiesti e vengono utilizzati da personale qualificato all'interno dei centri servizio o dai caregiver al domicilio e si basano principalmente sulla relazione interpersonale positiva e su rapporti empatici ed emotivo-affettivi: il loro ruolo è di supporto alla terapia non

---

<sup>91</sup> Le demenze: mente, persona, società a cura di A. Monteleone, A. Filiberti, P. Zeppego, 2013, pag 135

farmacologica, in diversi casi si assiste ad una riduzione della terapia sedativa farmacologica ma non è sostitutiva.

Le terapie non farmacologiche perseguono i seguenti obiettivi:

- Potenziare le abilità cognitive della persona attivando e stimolando tramite specifici esercizi la memoria, l'attenzione, la concentrazione e il linguaggio;
- Mantenere e migliorare le capacità residue in modo da conservare il più a lungo possibile l'autonomia dell'individuo con demenza (incentivare dunque la persona a collaborare nel vestirsi, nel lavarsi, nell'assunzione dei pasti...);
- Diminuire lo stress e i disturbi correlati all'umore
- Ristabilire e produrre degli atteggiamenti positivi da parte del caregiver;
- Incidere adeguatamente in modo da attenuare gli atteggiamenti di disturbo e inadeguati che ha la persona con demenza.

Diversi sono stati i tentativi di classificare le terapie non farmacologiche utilizzate per le persone con demenza e principalmente si possono suddividere in

1. Approcci multistrategici o aspecifici
2. Interventi riabilitativi (cognitivi specifici)
3. Interventi comportamentali e ambientali

### **Interventi rivolti al paziente**

- *Interventi specifici:*
  - Approcci rivolti alle funzioni cognitive
  - Terapia di riorientamento alla realtà
  - Memory training
  - Tecniche di stimolazione della memoria esplicita (Spaced-retrieval)
  - Approcci orientati al comportamento ed all'emozionalità
  - Psicoterapia di supporto

- Reminiscenza
- Validazione
- Approcci orientati alla stimolazione sensoriale
- Terapia ricreazionale (ludoterapia, pet terapia)
- Arte terapia (musicoterapica, danza, arte)
- *Interventi aspecifici:*
  - Rassicurazione
  - “Touch therapy”
  - Aromaterpia
  - “Light therapy”
  - Snoezelen therapy

### **Interventi rivolti ai familiari e caregivers**

- *Interventi rivolti al paziente*
  - Problem solving therapy
  - Skill training per migliorare la capacità del caregiver di gestire la care del paziente
  - Interventi educativi per l’uso appropriato di farmaci e gestione dei comportamenti
- *Interventi rivolti ai familiari/caregivers*
  - Terapia familiare
  - Gruppi di supporto
  - Gruppi psicoeducativi
  - Gruppi di auto-aiuto
  - Interventi cognitivo-comportamentali in caso di depressione<sup>92</sup>

Molte sono state le altre forme di intervento che si sono proposte nel corso degli anni per cercare di attenuare il decorso della malattia e per rendere meno pensante il carico assistenziale soprattutto nelle fasi più avanzate della demenza. Sono forme di interventi innovativi e pertanto non codificati tra le prestazioni

---

<sup>92</sup> *Linee Guida AIP: il trattamento della malattia di Alzheimer del 2006*

previste dai piani sanitari regionali in quanto non derivati da studi che consentano giudizi di sicura efficacia, ma che pur tuttavia poggiano ormai su molte esperienze positive sia italiane che estere. Tra le varie esperienze che si applicano non solo al domicilio ma anche nei centri servizio territoriali in cui sono accolte le persone con demenza ho avuto modo di approfondire due tra le terapie non farmacologiche che stanno prendendo piede in questi ultimi anni e mi riferisco alla Doll therapy e alla Pet therapy. Nei successivi paragrafi andrò ad analizzare singolarmente questi tipi di interventi che hanno avuto dei riscontri positivi all'interno di un centro servizi della provincia di Treviso: la Casa di Soggiorno F.lli Eliseo e Pietro Mozzetti a Vazzola.

## **2. La terapia della bambola**

*“La bambola terapeutica nasce in Svezia alla fine degli anni 90’. Britt Marie Egedius Jakobsson, psicoterapeuta è la sua ideatrice. Ella la pensa e la realizza per il suo bambino autistico. Da allora e sempre più, in Europa, le bambole Joyk create per stimolare l’empatia e le emozioni dei bambini e degli adulti, diventa in ambiti di cura e terapia, oggetto simbolico nella relazione di aiuto.”*<sup>93</sup>

Attualmente la doll therapy è in fase di sperimentazione ma sta dando ottimi risultati in alcuni Centri Alzheimer Italiani (Brescia, Bergamo, Torino, Padova, Firenze...) e affianco alle altre terapie non farmacologiche viene somministrata con lo scopo di curare alcuni disturbi del comportamento quali l’agitazione, il wandering, l’apatia, i disturbi del sonno, l’irritabilità, la depressione nelle persone affette da demenza e alzheimer.

### **2.1 Estratto del progetto sperimentale di Terapia della bambola sperimentato presso il Centro Servizi “Casa Mozzetti”**

---

<sup>93</sup> <http://www.anzianievita.it/discorsi/la-terapia-della-bambola-doll-therapy/>

Questo tipo di attività rientra nella gamma dei trattamenti non farmacologici utilizzati nelle persone con demenza al fine di migliorare le loro potenzialità cognitive e relazionali, nonché di contenere i disturbi del comportamento associati alla patologia. Nel caso si un decadimento cognitivo moderato-grave viene persa la capacità di distinguere un evento reale da uno immaginario, il vero dal falso; la bambola diventa così un oggetto simbolico in grado di evocare antiche emozioni relative al maternage, all'attaccamento (inteso come tendenza a ricercare la vicinanza a qualcosa di caro, la cui presenza fa sentire più sicuri) al bisogno di dare e ricevere amore. La bambola è uno strumento che favorisce l'attivazione di memorie acaiche ed evoca dinamiche relazionali proprie dell'infanzia e diventa un contenitore di vissuti materni e paterni.

### **Caratteristiche della bambola**

La bambola che verrà utilizzata possiede delle caratteristiche particolari appositamente studiate per favorire il contatto relazionale, rendendola appunto una bambola terapeutica. La posizione allargata delle gambe, la lateralità dello sguardo, i tratti somatici, le dimensioni, il collo mobile, il peso ed il materiale impiegato per la sua costruzione sono caratteristiche che favoriscono l'approccio e la cura da parte della persona malata verso l'oggetto bambola.

### **Obiettivi:**

- Contenimento e riduzione dei disturbi del comportamento,
- Favorire l'espressività relazionale ed emozionale;
- Incrementare e mantenere le capacità attentive e di memoria procedurale (vestizione e svestizione della bambola),
- Induzione al rilassamento
- Riduzione del carico farmacologico

## Metodologia

1. Nella **fase iniziale** verranno selezionati, dal servizio psicologico, gli ospiti con demenza che presentano importanti disturbi del comportamento; verranno valutati attraverso il test MMSE (Mini Mental State Examination) e verrà somministrato l’NPI (Neuropsychiatric Inventory) all’operatore. Ci sarà un’attenta consultazione delle cartelle cliniche al fine di escludere ospiti nel cui vissuto ci sono eventi luttuosi o traumatici legati all’esperienza genitoriale. Le bambole che verranno utilizzate sono bambole terapeutiche originali, denominate joyk, possiedono caratteristiche particolari che la rendano maggiormente in grado di suscitare emozioni e che per questo vengono definite anche “bambole empatiche”. In particolare una bambola adottata in un programma terapeutico di “empathy doll”, possiede alcune caratteristiche importanti, quali:

- Un peso nè troppo leggero nè eccessivo, distribuito in modo equo lungo tutto il corpo;
- Le braccia morbide e non troppo flosce ed una postura delle gambe lievemente rannicchiata ma non fetale, tale da rendere facile l’abbraccio;
- Una dimensione simile a quella di un neonato;
- Tratti somatici che ricordano quelle di un bambino;
- Sguardo laterale.

In questa fase si provvederà anche alla sensibilizzazione del personale rispetto a questo tipo di cura e alle modalità di somministrazione della bambola (che verrà comunque gestita dal servizio psicologico e dal servizio educativo nella fase iniziale).

2. Nella **seconda fase** si procederà ad un periodo di osservazione oggettiva della durata di 15 giorni degli ospiti inseriti nel progetto; verrà compilata un’apposita scheda di osservazione

e monitoraggio al fine di valutare le dinamiche relazionali paziente/bambola. Durante questa fase la bambola sarà consegnata dalla psicologa e dall'educatrice agli ospiti selezionati negli orari prestabiliti.

3. Nella **terza fase** di sperimentazione vera e propria verranno inseriti gli ospiti che avranno riportato una valutazione osservativa positiva nello studio. Il piano terapeutico prevedrà la consegna della bambola-bambino all'ospite da parte della psicologa, delle educatrici o degli operatori, codificata in base all'insorgenza di un bisogno (comparsa di un disturbo comportamentale acuto) o modulata in base ad un programma quotidiano volte ad individuare fasce orarie critiche.

Il personale verrà formato rispetto a questo tipo di cura sia nel quotidiano sia durante gli incontri già programmati dalla struttura (es. riunioni di nucleo con operatori, riunione con infermieri, Unità Operativa Inetrna).

La **scheda di rilevazione** della funzione terapeutica della bambola è caratterizzata dai seguenti item: accetta, la ricerca, le parla, la stringe al petto, la dondola, la accudisce, sorride rivolta verso la bambola, sorride rivolta verso gli altri, canta, ci gioca, la abbandona, ricerca il consenso, il contatto è continuo, il contatto è sfuggente, le accarezza i capelli, la tiene senza muoverla...sulla base dell'atteggiamento che avrà l'ospite si risponderà affermativamente o negativamente a questi indici.

E' fondamentale considerare che la capacità di porsi in relazione con l'oggetto bambola è data dalla integrazione delle componenti istintuali del soggetto e la capacità di porsi in relazione con l'altro è data dal riconoscimento della sua identità.<sup>94</sup> Bisogna considerare il ruolo che occuperà la bambola all'interno di una relazione

---

<sup>94</sup> <http://www.anzianievita.it/discorsi/la-terapia-della-bambola-doll-therapy/>

affettiva con il soggetto. Le prospettive possono riguardare 3 possibilità:

1. riconosce solo come oggetto inanimato la bambola e quindi lo manipola inizialmente per poi dimenticarlo non considerandolo come elemento relazionale.
2. accudisce la bambola riconoscendolo come bambino a tutti gli effetti e accudendolo più o meno intensamente durante i vari momenti della giornata
3. può alternare momenti di forte accudimento e momenti di disattenzione o indifferenza o rifiuto.<sup>95</sup>

**Destinatari:** 8 anziani con deterioramento cognitivo medio-grave

**Risorse coinvolte:** servizio psicologico, servizio educativo, operatori socio-sanitari.

**Tempi:** 15 giorni per l'attuazione della prima fase, 15 giorni per la seconda fase e sei mesi per la terza fase.

**Verifica:** al termine della terza fase seguirà la verifica del progetto sperimentale che avverrà tramite l'osservazione diretta del comportamento dell'anziano e sulla base del follow up ottenuto dalla somministrazione del test NPI all'operatore nella fase iniziale e finale del progetto.

## **2.2 VERIFICA TERAPIA DELLA BAMBOLA: un intervento non farmacologico nella demenza**

Il progetto, iniziato a ottobre 2012, ha visto coinvolto il servizio psicologico e il servizio educativo dopo la partecipazione al corso di formazione sulla terapia della bambola condotto dal dott. Ivo Cilesi.

---

<sup>95</sup> [http://www.assistenanziani.it/contenuti/pdf\\_art/RSA\\_RealtaSvedese\\_20081112.pdf](http://www.assistenanziani.it/contenuti/pdf_art/RSA_RealtaSvedese_20081112.pdf)



Si è deciso di adottare tale terapia non farmacologica con l'obiettivo principale di sperimentare un nuovo approccio alle persone con demenza al fine di migliorare le loro potenzialità cognitive e relazionali, nonché di contenere i disturbi del comportamento associati alla patologia.

### **Modalita'**

- I soggetti individuati (9 donne) presentano demenza e importanti disturbi del comportamento e sono stati selezionati attraverso il test MMSE (Mini Mental State Examination) somministrato all'ospite e NPI (Neuropsychiatric Inventory) somministrato all'operatore.
- Nella seconda fase si è proceduto ad un periodo di osservazione della durata di 15 giorni utilizzando le schede di osservazione appositamente realizzate per la registrazione del comportamento osservato dietro lo stimolo bambola. Durante questa fase la bambola è stata consegnata dalla psicologa e dalle educatrici agli ospiti selezionati in orari prestabiliti.
- A conclusione della fase osservativa, dopo aver verificato l'accettazione e l'attivazione affettiva o meno con la bambola, si è provveduto alla stesura di un protocollo individuale di somministrazione per ogni ospite selezionato nel quale sono state inserite informazioni circa l'anamnesi sanitaria, la storia di vita, gli obiettivi da raggiungere, i tempi e gli orari di somministrazione e il tipo di bambola (grande o piccola) da proporre all'ospite. Il piano terapeutico prevede la consegna della bambola-bambino all'ospite da parte della psicologa, delle educatrici o degli operatori, codificata in base all'insorgenza di un bisogno (comparsa di un disturbo comportamentale acuto) o modulata in base ad un programma quotidiano (individuando fasce orarie critiche).

- Prima dell'inizio del progetto si è provveduto alla sensibilizzazione del personale rispetto a questo tipo di cura e alle modalità di somministrazione della bambola. Il personale è stato quindi formato rispetto alla terapia non farmacologica sia nel quotidiano, sia durante gli incontri già programmati dalla struttura (es: riunioni di nucleo con oss, riunioni con I.P., Unità Operativa Interna).

### **Ospiti inseriti nel progetto**

I soggetti inseriti nella sperimentazione sono stati selezionati in base a:

- Deterioramento cognitivo medio – grave (MMSE da 14 a non somministrabile)
- Presenza di disturbi comportamentali
- Difficoltà di gestione assistenziale dei disturbi del comportamento

**Si riportano di seguito i dati rilevati a seguito dell'utilizzo della terapia della bambola per il periodo sperimentale di circa un anno:**

<b>SOGGETTO</b>	<b>TEMPI DI VALUTAZIONE</b>	<b>PUNTEGGI NPI</b>	<b>RISULTATI RAGGIUNTI E OSSERVAZIONI</b>
A. I.	OTTOBRE 2013 DICEMBRE 2013	4 / 144 = 2,77% 3 / 144 = 2,08%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DIMINUZIONE DEI MOMENTI DI APATIA</b></li> <li>• <b>AUMENTO DELLA PRODUZIONE DEL LINGUAGGIO E DELLA</b></li> </ul>

			<p><b>CONVERSAZIONE CON LA BAMBOLA, CON I CAREGIVER E CON I FAMILIARI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• INCREMENTO DELL'ESPRESSIVIT A' EMOZIONALE</b></li> </ul> <p><b>I FAMILIARI DELL'OSPITE HANNO ESPRESSO GRANDE SODDISFAZIONE PER I RISULTATI RAGGIUNTI DALLA MADRE CON LA TERAPIA DELLA BAMBOLA</b></p>
C.A.	<p>NOVEMBRE 2012</p> <p>DICEMBRE 2013</p>	<p>8 / 144 = 5,55%</p> <p>3 / 144 = 2,08%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• DIMINUZIONE DEGLI EPISODI DI ASSOPIMENTO</b></li> <li><b>• AUMENTO DEL BENESSERE PSICOLOGICO</b></li> <li><b>• MIGLIORAMENTO DEL TONO DELL'UMORE (verificato con Geriatric Depression Scale)</b></li> </ul>

M. V.	OTTOBRE 2012 FEBBRAIO 2013	16 / 144 = 11,11% 5 / 144 = 3,47%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIMINUZIONE DELL'AGITAZIONE DOPO PRANZO</li> <li>• RIDUZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA AL BISOGNO</li> </ul> <p>LA TERAPIA E' CESSATA A FEBBRAIO 2013 PER DECESSO DELL'OSPITE</p>
Z. S.	NOVEMBRE 2012 DICEMBRE 2013	18 / 144 = 12,5% 10 / 144 = 6,94%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIMINUZIONE DELLA RICHIESTIVITA' E DELL'AGITAZIONE</li> </ul>
S. M.	OTTOBRE 2012 DICEMBRE 2013	6 / 144 = 4,16% 6 / 144 = 4,16%	<p>NON SI SONO NOTATI VARIAZIONI DI COMPORTAMENTO - TERAPIA NON EFFICACE</p>
C. A.	OTTOBRE 2012 DICEMBRE 2013	40 / 144 = 27,7% 36 / 144 = 25%	<p>NON SI SONO VERIFICATI CAMBIAMENTI SIGNIFICATIVI NEL COMPORTAMENTO, TERAPIA NON FARMACOLOGICA NON EFFICACE. DISTURBI COMPORTAMENTALI RESISTENTI ANCHE</p>

			<b>ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA</b>
C. R.	GENNAIO 2013 DICEMBRE 2013	22 / 144 = 15,2% 19 / 144 = 13,2%	<b>NON SI SONO NOTATI VARIAZIONI DI COMPORAMENTO</b>
B. V.	NOVEMBRE 2012	24 / 144 = 16,6%	<b>OSPITE DECEDUTA</b>
T. R.	FEBBRAIO 2013 DICEMBRE 2013	39 / 144 = 27,1% 31 / 144 = 21,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DIMINUZIONE DELL'AGITAZIONE NEI MOMENTI DI DELIRIO</b></li> <li>• <b>MIGLIOR GESTIONE DELL'AGITAZIONE DURANTE LA MESSA A LETTO</b></li> <li>• <b>MIGLIORAMENTO DEI DISTURBI DEL SONNO</b></li> </ul>

### **CONCLUSIONI:**

Dall'esame dei punteggi delle scale di valutazione (NPI, GDS, MMSE), dalle osservazioni ecologiche riportate dagli operatori,

dagli operatori tutor e registrate nelle specifiche schede e dall'osservazione di alcuni familiari si evidenzia:

- Una riduzione significativa dei disturbi comportamentali in 5 soggetti (la terapia della bambola si è dimostrata efficace soprattutto per la riduzione dell'apatia e dell'assopimento, nonché per la diminuzione dell'agitazione)
- Una riduzione dello stress assistenziale del caregiver in tutti e 5 i casi nei quali si è dimostrata efficace la terapia non farmacologica (dati ricavati da valutazione della scala dello stress emotivo e psicologico nel test NPI)
- Una riduzione farmacologica relativa ad 1 soggetto
- Una migliore gestione degli ospiti negli spazi comunitari aumentando il benessere degli altri ospiti con diminuzione del carico assistenziale
- Nel caso particolare della sig.ra A. I. la bambola è stata d'aiuto ai figli per l'interazione e la relazione con la madre. I familiari hanno apprezzato tale tipo di terapia non farmacologica e sono stati loro stessi addestrati dalla psicologa alla somministrazione.
- In 3 casi la terapia della bambola è risultata inefficace; in uno di questi casi risulta inefficace anche la terapia farmacologica.
- Non è stato possibile continuare la terapia della bambola in 1 caso per decesso dell'ospite

Visti gli ottimi risultati si decide di adottare definitivamente la terapia della bambola a Casa Mozzetti come terapia non farmacologica coadiuvante la gestione dei disturbi comportamentali e la riduzione del distress del caregiver.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> Questi dati sono stati forniti dalla dott.ssa Marta Michieletto, psicologa de Centro Servizi "Casa Mozzetti" di Vazzola (TV)

### 3. Pet therapy

La Pet therapy è una terapia non farmacologica che viene adottata in diversi centri servizio come naturale rimedio per alleviare le sofferenze dell'anziano. Il senso di solitudine che percepisce e vive la persona anziana nella quotidianità a causa della scomparsa di un figlio o lo scarso coinvolgimento da parte dei familiari nei suoi confronti fa sì che si entri in una spirale di negatività, rassegnazione e malessere che possono indurre nella maggior parte dei casi alla depressione, all'apatia e alla perdita di fiducia. Se a questi disagi psicologici subentrano anche problematiche fisiche la situazione precipita ulteriormente. La pet therapy tramite l'accudimento e il gioco con gli animali hanno un'importante proprietà profilattica e terapeutica: cani e gatti danno vitalità all'anziano, fanno sì che non ci si preoccupi più della propria sofferenza ma si pensa a prendersi cura dell'animale proprio come un tempo si era soliti comportarsi con i propri figli o nipoti.

Sperimentazioni che si sono susseguite nel corso degli anni hanno dimostrato come alcuni parametri sociali, quali l'interazione e la comunicazione interpersonale/intraspecifica, vengano implementati considerevolmente.

Notevoli miglioramenti si ottengono anche in relazione a parametri comportamentali come, ad esempio, curiosità, creatività, affettività, calma, capacità di osservazione e lucidità. Si può dire che l'ansia e la depressione vengano accantonate con un colpo di coda.<sup>97</sup>

La terapia con gli animali lavora su alcuni meccanismi scientifici e psicologici. Vediamone alcuni:

- **Tatto:** prendersi cura di un animale semplicemente facendogli qualche carezza diminuisce la pressione sanguigna. Il piacere che si prova toccandoli e il contatto fisico consentono la giusta

---

<sup>97</sup> <http://www.cure-naturali.it/pet-therapy/2658/pet-therapy-anziani/1185/a>

formazione di un confine psicologico, della propria identità, del proprio Sé e della propria esistenza;

- **Voce:** l'esprimersi nei confronti di un animale, parlargli fa sì che si allontanino i pensieri negativi. La comunicazione verbale e non verbale ha un effetto rassicurante in chi parla;

- **Gioco:** l'attività ludica ha un effetto benefico in quanto libera le tensioni consentendo uno stato di tranquillità e benessere;

- **Socialità:** il fatto che l'anziano interagisca in presenza di un cane o di un gatto è fondamentale: egli parla, si spiega, si racconta;

- **Responsabilità:** accudendo un animale l'anziano recupera e riattiva quel senso di dovere che l'aveva abbandonato da diverso tempo;

- **Empatia:** l'identificazione con l'animale spesso viene traslata alle relazioni con altri soggetti presenti;

- **Antropomorfismo:** spesso l'anziano vive la propria condizione di sofferenza con egocentrismo, non andando fuori, non ascoltando nessuno. L'attribuzione di qualche caratteristica umana all'animale a volte funziona come meccanismo per focalizzare la propria attenzione sul mondo esterno;

- **Movimento:** a volte, avendo un animale vicino, coloro che ormai ritengono di non riuscire a fare più un certo movimento, si sentono invogliati a muoversi o alzarsi per accarezzarlo.<sup>98</sup>

A livello pratico è corretto precisare che l'utilizzo del termine Pet Therapy non risulta propriamente corretto in quanto è un concetto troppo generico. Esso viene utilizzato per riunire tipologie di attività per diversi aspetti differenti tra loro:

- **Animal-Assisted Activities:** "Attività svolte con gli Animali" (AAA), che hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita di alcune categorie di persone (per esempio ciechi o portatori di handicap psico-fisici). Le AAA vengono effettuate in una

---

<sup>98</sup> *ibidem*



vasta gamma di contesti ambientali da professionisti abilitati e para-professionisti e/o volontari di associazioni con specifiche caratteristiche che lavorano con animali.

- **Animal-Assisted Therapies:** “Terapie assistite con gli Animali” (TAA) o “Uso Terapeutico degli Animali da Compagnia” (UTAC), che affiancano alle terapie tradizionali l’utilizzo di animali con specifiche caratteristiche. Le TAA vengono utilizzate per migliorare lo stato fisico, sociale, emotivo e cognitivo di pazienti. Sono effettuate in ampi e differenti contesti e possono coinvolgere gruppi o singoli individui. Il procedimento viene inoltre documentato e valutato.<sup>99</sup>

“In Italia non esiste al momento una legislazione specifica in materia di AAA o TAA sebbene vi siano state alcune iniziative a livello di singole Regioni. Tuttavia, “l’utilizzo di animali da compagnia ai fini di Pet Therapy” è stato riconosciuto come cura ufficiale dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 febbraio 2003. Tale Decreto ha sancito per la prima volta nella storia del nostro paese il ruolo che un animale può avere nella vita affettiva di una persona, nonché la valenza terapeutica degli animali da compagnia.”<sup>100</sup>

### **3.1 Estratto del progetto di attività assistita con gli animali (A.A.A. 2013) sperimentato presso il centro servizi “Casa Mozzetti” di Treviso.**

Visti i risultati ottenuti con la precedente esperienza e l’entusiasmo dimostrato dagli anziani coinvolti si è deciso di riproporre per l’anno 2013 l’attività di A.A.A..

È stata mantenuta l’equipe nelle figure del veterinario ULSS 7, affiancata dall’operatore cinofilo, dall’educatore professionale e

---

<sup>99</sup> Rapporti ISTISAN 07/35, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA’ - terapie e attività assistite con gli animali: analisi della situazione italiana e proposta di linee guida.

<sup>100</sup> *Ibidem*

dalla psicologa. È stata individuata una rosa di possibili destinatari e a questi è stato somministrato un questionario atto a rilevare il reale bisogno o desiderio o interesse a entrare in relazione con il cane. Si è scelto altresì di coinvolgere ospiti che non avevano vissuto tale esperienza lo scorso anno.

### **Osservazione dei bisogni**

Si osserva come gli ospiti destinatari del progetto manifestino difficoltà di relazione e di integrazione a causa di deficit cognitivi e/o sensoriali. Per alcuni di loro ciò è talvolta accompagnato da un tono dell'umore deflesso.

A causa dell'istituzionalizzazione vi è la perdita di abitudini rivestite in passato, tra le quali vi è la privazione del contatto affettivo anche con l'animale.

### **Obiettivi**

1. Migliorare il tono dell'umore
2. Migliorare le abilità affettivo - relazionali e di socializzazione

### **Metodo**

Sono previsti 8 incontri di gruppo della durata di un'ora, di cui 2 di briefing, condotti dal Veterinario ULSS 7 (per operator) in collaborazione con l'equipe individuata.

I cani coinvolti nel progetto sono:

- D. femmina di 3 anni, taglia piccola, meticcina, vaccinata, controllata dal punto di vista igienico-sanitario e psicologico, opportunamente educata, di proprietà della veterinaria.
- B., femmina, border collie, vaccinata, controllata dal punto di vista igienico-sanitario e psicologico, con percorso educativo presso la SIUA di Bologna di proprietà dell'operatore cinofilo.

Durante gli incontri si susseguono le seguenti FASI:

- FASE CONOSCITIVA: si stimola il ricordo ed il racconto attraverso la visione di diapositive riguardante animali domestici;
- FASE DI APPROCCIOUTENTE-ANIMALE: il veterinario mostra le modalità di approccio con il cane attraverso l'attività ludica;
- FASE RIABILITATIVA: attività pratica con conduzione dell'animale;
- FASE EPIMELETICA: riguarda il prendersi cura del cane da parte dell'anziano.

Le fasi su citate non sono stabilite in maniera rigida ma dipendono direttamente dalle risposte del gruppo agli stimoli portati dal conduttore. Nel corso di ogni seduta la metodologia prevede interventi di stimolazione individuale ospite-animale ed interventi di gruppo.

Le date sono stabilite secondo un calendario concordato.

Prima dell'attuazione del progetto vengono informati i familiari degli utenti coinvolti.

## **VERIFICA**

Gli strumenti di verifica sono:

1. Ad ogni incontro vi è la compilazione della scheda individuale ospite. È uno strumento di osservazione in itinere, di registrazione degli aspetti particolari e rilevanti e di verifica finale.
2. Prima dell'inizio del ciclo di incontri ed al termine di essi viene effettuata la valutazione psicologica.<sup>101</sup>

### **3.2. Verifica progetto Pet therapy (anno 2013)**

---

<sup>101</sup> Questi dati sono stati forniti dal gruppo di lavoro per l'attività AAA (servizio educativo e servizio di psicologia)

Considerando gli ottimi risultati raggiunti nelle precedenti edizioni del progetto di Attività Assistita dagli Animali (A.A.A.), anche quest'anno il servizio psicologico in collaborazione con il servizio educativo hanno deciso di riproporre l'esperienza agli anziani di Casa Mozzetti.

Ricordiamo che l'Attività Assistita dagli Animali è una metodologia riconosciuta come terapia di affiancamento alle cure tradizionali mediche e che l'interazione animale – anziano ha come obiettivo primario il miglioramento della qualità di vita dei soggetti coinvolti.

Il progetto è iniziato a settembre 2013 e si è concluso a dicembre 2013; è stato indirizzato a 8 ospiti della nostra Casa di Soggiorno. L'attività ha previsto 8 incontri condotti, come nell'esperienza precedente, dalla veterinaria dell'ULSS 7, affiancata dall'operatore cinofilo, e dalle professioniste di Casa Mozzetti, l'educatrice professionale e la psicologa dott.ssa Marta Michieletto. Vi è stata la presenza di due cani (pet partners), opportunamente educati per questo tipo di attività rivolta agli anziani e adeguatamente controllati dal punto di vista igienico-sanitario.

L'andamento di ogni seduta è stato regolarmente registrato con l'ausilio di apposite schede e di volta in volta è stato effettuato un briefing post-seduta dall'equipe che, insieme, programmava le successive sedute.

Come per l'esperienza precedente, anche quest'anno sono stati prefissati gli obiettivi generali:

- Stimolare la mobilità
- Migliorare il tono dell'umore
- Migliorare le abilità affettivo-relazionali e di socializzazione

## **VERIFICA INDIVIDUALE**

Oltre agli obiettivi generali, l'equipe aveva stabilito di raggiungere alcuni obiettivi specifici per ogni ospite e le

prestazioni individuali degli anziani sono state regolarmente registrate in schede di monitoraggio individuale.

Nello specifico:

### C.V.

Gli obiettivi specifici erano:

- Stimolare l'equilibrio tramite la conduzione al guinzaglio, la preparazione della ciotola con l'acqua e la preparazione della pappa per il cane.

- L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto; infatti la sig.ra ha eseguito gli esercizi

richiesti solo nella prima parte del progetto, nelle sedute successive ha rifiutato di portare a termine gli esercizi o li ha eseguiti solo parzialmente.

- Stimolare l'approccio spontaneo e favorire la partecipazione attiva

- L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto; l'ospite ha dimostrato interesse verso l'attività, ma ha partecipato alla relazione con l'animale e con i conduttori solo se stimolata. Solamente in un'occasione ha partecipato spontaneamente.

- +Il parziale raggiungimento dell'obiettivo è da attribuire alle problematiche psichiche che caratterizzano la signora (psicosi cronica e sindrome ansioso-depressiva).

Ha comunque sempre accettato l'invito a partecipare all'attività ponendo un solo rifiuto per malessere.

### P. A. M.

Gli obiettivi specifici erano:

- Ridurre le richieste di attenzione

- L'obiettivo è stato ampiamente raggiunto; l'ospite ha dimostrato buone capacità relazionali con i conduttori, con l'animale e, nelle ultime sedute, anche con il

gruppo. Questo ha permesso la riduzione dei momenti di ansia e l'eliminazione delle richieste di attenzione durante l'attività.

- Aumentare la qualità delle relazioni grazie all'interazione con i soggetti coinvolti nel progetto
  - L'obiettivo è stato ampiamente raggiunto; si è assistito ad un miglioramento nell'interazione con i conduttori e con l'animale. L'ipoacusia, però, ha spesso ostacolato la relazione con gli altri membri del gruppo.

La signora ha partecipato a tutti gli incontri previsti accettando sempre volentieri l'invito e dimostrando curiosità e interesse.

### **S. G.**

Gli obiettivi specifici erano:

- Creare uno spazio di benessere attraverso il contatto affettivo con l'animale
  - L'obiettivo è stato raggiunto sebbene non si siano notati grandi cambiamenti nella modalità di relazione con gli altri membri del gruppo. E' stata raggiunta la capacità di relazione con i conduttori e l'animale.
- Creare la possibilità di instaurare nuove relazioni
  - Il signor S. ha dimostrato di gradire molto l'attività seppur il carattere solitario dell'ospite abbia impedito il raggiungimento completo dell'obiettivo. Si è sempre comunque mostrato adeguato e disponibile nell'interazione se stimolato dai conduttori.

L'ospite ha partecipato a tutti gli incontri e possedendo buone capacità cognitive, ha ricordato le date e si è presentato, in più occasioni, all'attività anche prima dell'orario di inizio previsto.

### **B.E.**

Gli obiettivi specifici erano:

- Rimotivazione alla partecipazione al gruppo e alla vita di comunità

- Migliorare le abilità affettivo-relazionali e di socializzazione
  - L'ospite ha partecipato all'attività solo per i primi quattro incontri poiché successivamente si è verificato un improvviso decadimento delle condizioni generali di salute che ha portato la signora ad un ricovero ospedaliero e ad un periodo di allettamento che tutt'ora perdura.

Durante i primi incontri l'ospite si è subito dimostrata molto interessata all'attività. Ha accettato volentieri di partecipare e, fin dai primi incontri, ha manifestato ottime capacità di relazione con l'animale e con la veterinaria.

### P. A.

Gli obiettivi specifici erano:

- Stimolare l'iniziativa motoria
  - L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto poiché la signora P. ha eseguito gli esercizi proposti solo se stimolata. Il decadimento cognitivo e la patologia psichiatrica che stanno alla base hanno impedito il totale raggiungimento dell'obiettivo. Ha comunque dimostrato un certo gradimento nell'interazione con l'animale.
- Riduzione dell'isolamento attraverso l'interazione con i soggetti coinvolti nel progetto
  - L'obiettivo è stato in parte raggiunto; l'ospite ha dimostrato di interagire con i vari protagonisti (animale e conduttore) solo parzialmente e su stimolazione. Non ha interagito con i membri del gruppo poiché il decadimento cognitivo importante impedisce l'instaurarsi di relazioni che non siano qui e ora.

L'ospite ha partecipato a tutti gli incontri.

### Z. C.

Gli obiettivi specifici erano:

- Stimolare la mobilità delle mani

- Il risultato è stato raggiunto; si è notata una predisposizione all'azione soprattutto negli esercizi che richiedevano il contatto e la relazione con l'animale.
- Riduzione dell'isolamento
- Aumentare il rapporto di fiducia grazie all'interazione con i soggetti coinvolti nel progetto
  - L'obiettivo è da considerarsi raggiunto poiché la signora dimostra interesse nel partecipare all'attività sebbene sia stato necessario invitarla con insistenza ai primi incontri perché tendenzialmente diffidente verso il nuovo. Ha dimostrato buone capacità di relazione con il conduttore ma soprattutto con l'animale.

La signora ha partecipato a quattro incontri su sette a causa di problemi di salute.

### **D.R.A.**

Gli obiettivi specifici erano:

- Contenimento dell'ansia
- Aumento dei tempi di attenzione finalizzati all'interazione
  - I risultati sono stati ampiamente raggiunti; si è assistito ad un aumento della partecipazione spontanea e ad un'interazione molto positiva con l'operatore e soprattutto con l'animale. Durante gli incontri, la signora era alla continua ricerca del cane e della relazione con esso. I momenti d'ansia sono stati sporadici e contenuti e l'ospite ha potuto concentrarsi sul compito e sull'attività piacevole.

L'ospite ha saltato un solo incontro per problemi organizzativi (appuntamento dalla parrucchiera esterna).

### **O. G.**

Gli obiettivi specifici erano:

- Stimolare la mobilità



- L'obiettivo è stato raggiunto; dopo un iniziale dovuta al deficit di comprensione del messaggio verbale, il signor O. ha eseguito gli esercizi proposti con interesse e motivazione.
- Stimolare l'espressione verbale attraverso il contatto affettivo con l'animale
  - L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto poiché l'ospite necessita di stimolazione da parte dei conduttori nell'espressione verbale. Il decadimento cognitivo moderato non gli permette di relazionarsi con gli altri membri del gruppo.

Il signor O. ha saltato un solo incontro per problematiche sanitarie

#### **M. E. e G. N.**

Le signore sono state più volte invitate ad aderire al progetto ma dati i continui rifiuti si è deciso di sospendere la stimolazione alla partecipazione.

## **Conclusioni**

Questo mio lavoro di tesi ha avuto origine da una curiosità sorta nel corso della mia esperienza lavorativa. Ho lavorato diversi anni come Operatore socio – sanitario prima di intraprendere il percorso universitario e lavorare poi come assistente sociale presso un centro servizi per anziani (RSA) e in questo tempo ho avuto modo di approfondire e toccare con mano, attraverso l’esperienza dei tirocini e quella diretta del cosiddetto “lavoro di reparto” e del cosiddetto “lavoro gestionale”, di cosa significhi essere anziano fragile. Oggigiorno questo è un termine ricorrente nei corsi di formazione che periodicamente propongono ed è un concetto volto a definire la persona anziana come una persona con dei deficit, con delle problematiche degenerative e talvolta irreversibili che lasciano presagire poche speranze. L’approccio centrato alla persona che ho voluto approfondire nel terzo capitolo della mia tesi è volto a sottolineare come sia fondamentale mettere la persona al centro del programma terapeutico enfatizzando l’importanza di un atteggiamento che le veda come PERSONE CON DEMENZA, piuttosto che come MALATI DI DEMENZA... Tom Kitwood sostiene come sia necessario focalizzarsi sulla persona e non sulla malattia, sulle emozioni e sulle capacità di comprensione piuttosto che ai suoi limiti e precisa che la persona deve essere analizzata nel contesto più ampio della società considerando i suoi valori per essere compresa e supportata adeguatamente. Da qui è nata l’esigenza di voler focalizzare l’attenzione su un approccio che deve discostarsi sempre più dal tradizionale modello bio-medico di stampo organicista e positivista per aprirsi sempre più verso un approccio olistico che consideri la persona nella sua globalità. Lo scenario sta cambiando passo dopo passo, non solo con la presenza di nuove cure ma principalmente per lo sviluppo di metodologie psico-sociali che hanno dato luce ad un intervento riattivato e migliorativo soprattutto della persona accolta nei centri servizio definitivi. Attraverso lo sviluppo delle terapie non farmacologiche si cerca quindi di dare una qualità di vita all’anziano che sia più dignitosa possibile ed è fondamentale per riuscire in questo intento che tutti, principalmente coloro che lavorano nelle cosiddette professioni di aiuto, si pongano come obiettivo comune quello di voler lavorare per costruire un equilibrio dinamico nella quale si possa costruire un ambiente sereno che sia in grado di dare valore e dignità alla persona anziana, “perché quando si cura una persona si può vincere o

perdere, ma quando ti prendi cura di te stesso e di qualcun altro puoi solo vincere". (Patch Adams)

## Bibliografia

Le demenze: mente, persona, società a cura di A. Monteleone, A. Filiberti, P. Zeppego p.5

Olievenstein C., *La scoperta della vecchiaia*, trad. Silvia Marzocchi, Einaudi, Torino, 1999

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, 1994

Le demenze: mente, persona, società a cura di Antonio Monteleone, Antonio Filiberti e Patrizia Zeppego

Una giornata da 36 ore, prendersi cura della persona con demenza, Nancy L. Mace e Peter V. Rabins

Manuale per i familiari delle persone affette da demenza – Emilia Romagna

“Non so cosa avrei fatto oggi senza di te” Manuale per i familiari delle persona affette da demenza, aprile 2013

Sintomo Wondering: Osservazione, analisi e successiva terapia di > di I. CILESI - M. CAPPUCCIO - C. ROTA - O. MISTRI - R. GRITTI - S. BONOMI pag. 55

Heun R, Kockler M, Ptok U. Depression in Alzheimer's disease: is there a temporal relationship between the onset of depression and the onset of dementia? *Eur Psychiatry* 2002;17:254-8.

La persona con demenza. Approcci psicologici centrati sulla persona di Ian Morton

Zanetti O, Frisoni GB, De Leo D, Dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M. Reality Orientation Therapy in Alzheimer's disease: useful or not? A controlled study. *Alz Dis Assoc Dis* 1995;9:132-8.

Trabucchi M., *Le demenze*, Utet, Milano, 2002

Carbone G., Tonali A., *Invecchiamento cerebrale, demenze e malattia Alzheimer: una guida informativa per i familiari e gli operatori*, Franco Angeli, Milano, 2007

Cristini C., Rizzi R., Zago S., *La vecchiaia fra salute e malattia*, Pendragon, Bologna, 2005.

Scocco P., De Leo D., Pavan L., “Interventi riabilitativi per pazienti affetti da demenza”, in Scocco P., De Leo D., Pavan L., (A cura di), *Manuale di psicoterapia dell'anziano*, Bollati Boringhieri, Torino, 2001

Bacci M., *Valutazione cognitiva e programmi di ginnastica per l'anziano*, Casa editrice Scientifica Internazionale, Roma, 2000

Bianchin L., Faggian S., *Guida alla valutazione e al trattamento delle demenze nell'anziano. Strumenti e tecniche per l'operatore*, Franco Angeli, Milano, 2006

GROSSEMBACHER MARCHESI M., MARCHIORI G., (2008) *Metodo Validation : un approccio empatico nella cura del disorientamento senile.*

FEIL N., (1996) *Il metodo Validation : una nuova terapia per aiutare gli anziani disorientati.* Sperling & Kupfer, Ital : 1.

Gagnon D.L. (1996). A review of Reality Orientation, Validation Therapy, and Reminiscence Therapy with the Alzheimer's client. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 14:61-77.

Kovach C. (1990). Promise and problems in reminiscence research. *J.Gerontol.Nursing*, 16: 10-14.

Lashley M.E.(1993):The painful side of reminiscence. *Geriatric Nursing* 14:138-141.

Janssen J.A., Giberson D.C. (1988). Remotivation Therapy. *J.Gerontol.Nursing* 14:31-34.

Koh K., Ray R., Lee J., Nair A., Ho T., Ang P.C.(1994). Dementia in elderly patients: can the 3R mental stimulation programme improve mental status?. *Age Ageing* 23:195-199.

Approcciarsi alle persone con demenza. La cura centrata sulla persona di Samantha Pradelli

“Demenza e deficit”: offerte di assistenza centrata sulla persona – agosto-settembre 2009 Assistenza Anziani

Shorte E. “La tormentata storia del rapporto medico-paziente” Feltrinelli, Milano 1986

Helman C., *Culture, health and illness*, Butterworth, Oxford, 1990

Satolli R. *Per la medicina in crisi un rimedio: l'informazione*, Telema, 3, 1997

Organizzazione Mondiale della Sanità, 1946

SEPPILLI T. (1996), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, in AM. Rivista della società italiana di antropologia medica – n.1-2, Perugia, 19

Hollender M.H., *The psychology of medical practice*, Sanders, Philadelphia, 1958.

Linee Guida AIP: il trattamento della malattia di Alzheimer del 2006

Rapporti ISTISAN 07/35, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'- terapie e attività assistite con gli animali: analisi della situazione italiana e proposta di linee guida.

Sitografia

[http://www.assistenanziani.it/contenuti/pdf\\_art/RSA\\_RealtaSvedese\\_20081112.pdf](http://www.assistenanziani.it/contenuti/pdf_art/RSA_RealtaSvedese_20081112.pdf)

<http://www.anzianievita.it/discorsi/la-terapia-della-bambola-doll-therapy/>

<http://www.accademiaopera.it/txt-102-03.pdf>

[http://www.riabilitazionegeriatrica.it/Psicologiai%20sociale%20benigna\\_7.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/Psicologiai%20sociale%20benigna_7.htm)

[http://www.assistenanziani.it/contenuti/pdf\\_art/NOTMONDO\\_DemenzaDeficit\\_20090809.pdf](http://www.assistenanziani.it/contenuti/pdf_art/NOTMONDO_DemenzaDeficit_20090809.pdf)

<http://www.associazionefreia.it/attachments/article/72/dcm%20base.pdf>

<http://www.nonautosufficienza.it/workshop/32244/B8E-La-cura-degli-anziani-affetti-da-demenza-centrata-sulla-persona>

[http://www.riabilitazionegeriatrica.it/T.Reminiscenza\\_6.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/T.Reminiscenza_6.htm)

<http://www.centrorubbi.it/siteimgs/Benchmarking%20delle%20Terapie%20-%20Appendice%205.pdf>

<http://www.animanziani.it/il%20metodo%20validation.htm>

[http://www.riabilitazionegeriatrica.it/validation\\_therapy.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/validation_therapy.htm)

[http://www.riabilitazionegeriatrica.it/Rot\\_1.htm](http://www.riabilitazionegeriatrica.it/Rot_1.htm)

<http://www.sigg.it/public/doc/giornaleart/413.pdf>

<http://terapieperlamente.it/MISDIAGNOSI-TRA-DEMENTZA-E-DEPRESSIONE.pdf>

<http://www.anzianievita.it/demenza-e-delirium/i-disturbi-della-sfera-cognitiva/>

<http://it.wikipedia.org/wiki/Aprassia>

<http://it.wikipedia.org/wiki/Agnosia>

[http://www.centroalzheimer.org/sito/alzh\\_cosae.php](http://www.centroalzheimer.org/sito/alzh_cosae.php)

<http://www.alzheimermonterrey.com/demencias/alzheimer/escala-reisberg-it.html>

<Http://www.alzheimer.it/malattia.pdf>

<http://www.demenzasenile.com/demenza-vascolare/>

<http://www.demenzasenile.com/demenza-vascolare/>

[http://www.alz.ch/tl\\_files/PDFs/PDF-I-Infoblatt/163\\_I\\_06\\_Seltene\\_Demenzformen.pdf](http://www.alz.ch/tl_files/PDFs/PDF-I-Infoblatt/163_I_06_Seltene_Demenzformen.pdf)

<http://www.informazionimediche.com/2012/07/demenza-da-corpi-di-lewy-sintomi-cause-diagnosi-e-cure.html>

[http://www.alz.ch/ti/index.php/che-cose-la-demenza.html?file=tl\\_files/PDFs/PDF-I-Infoblatt/IB\\_163\\_I\\_30\\_Frontotemporale%20Demenz.pdf](http://www.alz.ch/ti/index.php/che-cose-la-demenza.html?file=tl_files/PDFs/PDF-I-Infoblatt/IB_163_I_30_Frontotemporale%20Demenz.pdf)

[http://www.medicina-benessere.com/Medicina\\_interna/demenza\\_frontotemporale.html](http://www.medicina-benessere.com/Medicina_interna/demenza_frontotemporale.html)

[http://www.aichmilano.it/index.php?appl=aich&option=malattia\\_it](http://www.aichmilano.it/index.php?appl=aich&option=malattia_it)

[http://www.lirh.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=56&Itemid=64](http://www.lirh.it/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=64)

<http://www.coreadihuntington.it/la-malattia/la-malattia-sintomi-ed-evoluzione-della-malattia>

<http://www.parkinson.it/morbo-di-parkinson.html>

<http://www.medtronic.it/tua-salute/idrocefalo-normoteso/index.htm>

<http://hivpsicologiatorino.weebly.com/demenza-associata-allinfezione-da-hiv.html>

<http://www.demenzasenile.com/allucinazioni/>

[http://servizi.comune.fe.it/attach/superuser/docs/manuale\\_suggerimenti\\_per\\_assistenza.pdf](http://servizi.comune.fe.it/attach/superuser/docs/manuale_suggerimenti_per_assistenza.pdf)