

**INTEGRAZIONE**

**DELL'INTERVENTO SANITARIO**

**E**

**DELLE METODOLOGIE NON FARMACOLOGICHE**

**CON ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA**

**IN RSA E CDI**

## PERCHE' PARLIAMO D'INTEGRAZIONE?

### Quotidianamente:

lavoro d'èquipe in tutto il percorso di presa in carico dell'ospite con demenza

dal momento del suo ingresso fino alla dimissione o al decesso

condivisione di metodi e approcci comuni che aiutino tutti gli operatori a lavorare in modo corretto con gli ospiti limitando rischi di burn out e forte stress

una buona accettazione degli interventi sanitari e delle attività assistenziali e sociali da parte dell'ospite con demenza

## Momenti codificati:

l'inserimento di un nuovo ospite;

la valutazione periodica dei PAI (con intervento specifico dell'educatore);

le riunioni calendarizzate delle èquipe

**La presenza di anziani affetti da demenza e demenza di Alzheimer in RSA e CDI sta diventando preponderante.**

**Le strategie assistenziali hanno dovuto conformarsi a questa situazione.**

**Parlando specificatamente dell’RSA di Erba si possono riconoscere tre moduli organizzativi:**

**NUCLEO PROTETTO**

**NUCLEO ALZHEIMER**

**CENTRO DIURNO INTEGRATO**

# **NUCLEO PROTETTO**

## **Ospiti**

**non tutti affetti da demenza**

**Sono pazienti che non presentano stati di eccessiva agitazione e /o aggressività**

## **Struttura del reparto**

**di tipo standard**

## **Assistenza sanitaria**

**principalmente di sorveglianza in collaborazione con gli educatori**

**La presenza di questi ultimi non è continuativa nel corso della giornata**

# **NUCLEO ALZHEIMER**

## **Ospiti**

**tutti affetti da demenza e demenza di Alzheimer**

**Sono pazienti in cui la fase di malattia è di grado medio/avanzato**

## **Assistenza sanitaria**

**l'attività di sorveglianza è maggiore grazie alla presenza  
di un operatore in più per turno rispetto al Nucleo Protetto  
La presenza degli educatori è continuativa nel corso della giornata  
con una maggiore concentrazione nelle ore pomeridiane  
dato che gli episodi di agitazione e/o aggressività  
si presentano con più frequenza in questa fase del giorno**

## **Struttura del reparto**

**Le vie di accesso al reparto sono regolate da serrature a codice, gli infissi sono provvisti di serrature a chiave garantendo così una sorveglianza più agevole**

**Lo scopo di questo tipo di organizzazione è permettere la libera espressione comportamentale del paziente affetto da demenza di Alzheimer**

**Infatti nonostante una terapia sedativa di base gli episodi di aggressività e/o agitazione si possono manifestare e con questo tipo di organizzazione risulta più efficace il controllo di questi episodi**

**I Nuclei Alzheimer consentono un approccio assistenziale sempre più “personalizzato”.**

**Lo standard piegato all’esigenza del singolo ospite nel singolo episodio, favorendo un decorso della malattia rispettoso della dignità umana.**

# **ORGANIZZAZIONE CDI PRESSO RSA DI ERBA**

**Come nei nuclei protetti, anche per i CDI possiamo riconoscere due moduli organizzativi:**

**CDI**

**CDI per malati Alzheimer**



# **CDI**

**Ospiti**  
**non tutti affetti da demenza**

**Equipe**  
**composta da infermiere, OSS, ASA, educatore**  
**la cui presenza non è continuativa durante la giornata**

**Struttura**  
**di tipo standard**

**Assistenza medica**  
**a carico del medico di famiglia e dello specialista neurologo**

# **CDI per pazienti affetti da demenza di Alzheimer**

## **Ospiti**

**tutti affetti da demenza**

## **Equipe**

**composta da infermiere, ASA, educatore  
presente per tutto l’arco della giornata**

## **Struttura**

**di tipo protetto con vie di accesso regolate da serrature a codice,  
infissi delle finestre con serrature a chiave**

## **Assistenza medica**

**a carico del medico di famiglia con l’eventuale collaborazione dei centri UVA**

## **COSA INTENDIAMO PER METODOLOGIE NON FARMACOLOGICHE?**

Tutte quelle attività, approcci, modalità che, senza l'utilizzo di farmaci, favoriscono nell'ospite con demenza l'espressione delle proprie risorse personali, sociali e di comunicazione favorendo uno stato di benessere e contenendo vissuti di disagio e/o comportamenti problematici.

Se le attività sono generalmente di competenza degli educatori o di particolari figure come l'arteterapista o il musicoterapista, tutti gli operatori possono però mettere in atto approcci e modalità relazionali specifici delle metodologie non farmacologiche.

**QUALI ATTIVITA'  
NON FARMACOLOGICHE  
POSSIAMO PROPORRE  
AGLI OSPITI CON DEMENZA**

**E**

**QUALI APPROCCI CI AIUTANO  
NELLA GESTIONE QUOTIDIANA?**

Naturalmente parliamo di due servizi N.A. e CDI dove la presenza degli educatori è significativa.

Parliamo inoltre di due servizi che ospitano anziani in fasi diverse della malattia

**CDI grado lieve/medio**

**N.A. grado medio/avanzato**

In ogni caso gli anziani presentano dei comportamenti tipici della malattia di Alzheimer, che, se non affrontati con le giuste modalità, possono creare, oltre a profondo disagio personale, grosse difficoltà di convivenza tra ospiti e significative difficoltà nel lavoro degli operatori

VAGABONDAGGIO/WANDERING

AFFACCENDAMENTO

ALLUCINAZIONI VISSUTI PERSECUTORI

SINDROME CREPUSCOLARE

STATI DI MALINCONIA/TRISTEZZA/PIANTO IMMOTIVATO

COMPORAMENTI BIZZARRI E INADEGUATI

(SI SPOGLIANO, NASCONDONO OGGETTI O CIBO, CERCANO I LORO GENITORI)

AGGRESSIVITA'

Questi particolari comportamenti si possono contenere o addirittura bloccare sul nascere con la proposta di **ATTIVITA' OCCUPAZIONALI** o affidando agli ospiti semplici compiti, *meglio se ripetitivi*

piegare tovaglioli/fazzoletti/stoffe

apparecchiare

riordinare

suddividere le carte da gioco

bagnare i fiori

strappare erbacce

preparare la frutta, il caffè

ritagliare semplici sagome

DISORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE

TENDENZA ALL'ISOLAMENTO

MALUMORE

APATIA/PASSIVITA'

APPISOLAMENTO

DEFICIT SENSORIALI



Questi comportamenti possono essere controllati con la proposta di  
**ATTIVITA' COGNITIVE** o approcci che stimolino nell'anziano  
l'utilizzo delle proprie capacità logiche e mnestiche

leggere il quotidiano insieme

conversare sul tempo

ricordare il giorno e la stagione

giocare a carte

guardare vecchie fotografie

Molto può fare anche **l'AMBIENTE**

utilizzo di colori adeguati

presenza di oggetti morbidi e non pericolosi

inserimento di oggetti che favoriscano il maternage a contenimento  
di aggressività e wandering

terrazzo o giardino Alzheimer

datario

assenza di orologi

sistema di illuminazione per contenere la sindrome crepuscolare

corridoi per wandering

---

Ci sono poi **altre AREE** su cui tutti gli operatori sono chiamati ad intervenire

## **ALIMENTAZIONE**

Esistenza di due polarità  
mangia poco/mangia troppo

Come favorire una corretta alimentazione nell'ospite

non mettere fretta

evitare porzioni abbondanti

presentare un piatto per volta

evitare piatti o stoviglie bianche

non mettere troppi oggetti sulla tavola

risorsa del gruppo

## COMUNICAZIONE VERBALE

E' un aspetto molto problematico nel rapporto con l'anziano, ma è importantissimo non rinunciare mai a stimolarla e non pensare che l'ospite non abbia niente da dirci o non sia più in grado di farlo.

La comunicazione verbale è l'ultima cosa che perdono e nelle prime fasi della malattia è possibile, con il giusto approccio, ottenere dei miglioramenti (metodo conversazionale del dottor Vigorelli)

---

# Teniamo presente che l'anziano con demenza

prova un forte disagio nell'esprimersi

sa di non riuscire a dire quello che vorrebbe

con il tempo rinuncia a parlare

si vergogna

si sente giudicato dagli altri

---

E' importante quindi che gli operatori stimolino in lui l'espressione verbale con opportune modalità

non porre troppe domande dirette

non interrompere l'ospite

non dire le parole al suo posto

dare il tempo di esprimersi

accogliere la sua modalità di comunicazione

utilizzare un linguaggio semplice

favorire l'utilizzo del dialetto

se dobbiamo comunicare delle consegne farne una per volta

accompagnare la comunicazione con i gesti

cercare il contatto oculare, non parlare alle spalle (deficit sensoriali)

uso del tu/lei

*quando parlo con un anziano affetto da Alzheimer*

*parlo con lui e basta (dottor Vigorelli)*

*l'anziano affetto da demenza non è demente*

## ULTIMO ASPETTO **LA FAMIGLIA**

E' la seconda vittima della malattia di Alzheimer, se non addirittura la prima

Difficoltà nell'accettazione della malattia

Vergogna/impotenza

Speranza che si possa guarire

Diverso atteggiamento dei figli rispetto a mogli/mariti

Senso di colpa

Importante che gli operatori condividano le comunicazioni da trasmettere ai familiari, non creare aspettative/false speranze nè negare difficoltà o situazioni di forte disagio

Chiarezza sulla terapia farmacologica (soprattutto per gli ospiti dei centri diurni)

Coinvolgimento delle famiglie nelle attività



## **BIBLIOGRAFIA**

**“La sottoveste sopra la gonna” di G. Bigatello, ed. Marna**

**“Alzheimer senza paura” di P. Vigorelli ed. Rizzol, Milano, 2008**

**“La comunicazione possibile con il malato di Alzheimer” di P. Vigorelli ed. F. Angeli, Milano, 2004**

**“Mnemosine” di L. Quaia, ed. da Centro Donatori del Tempo, Como**

**“Le capacita' di recupero dell'anziano” di Cristini, Porro, Cesa Bianchi, ed. F. Angeli**

**“Una palestra per la mente” di Gollini, Ferrari, Peruzzi, ed. Erikson**

**“Alzheimer e movimento” di Guerrini, Troletti, Giorgi ed. Maggioli**