

Dimensione Assistenza

Le professioni del lavoro di cura e le strutture per gli anziani e le non autosufficienze

2-2017

La demenza: le terapie non farmacologiche

Dimensione Assistenza

**MAGGIOLI
EDITORE**

Le professioni del lavoro di cura e le strutture
per gli anziani e le non autosufficienze



Dimensione Assistenza è una rivista digitale quadrimestrale che offre la possibilità di svolgere la formazione senza doversi assentare dalla struttura e restare aggiornati in modo economico ed efficiente.

Per un aggiornamento comodo, piacevole e funzionale alla propria carriera. Una rivista digitale stampabile e archiviabile per le professioni del lavoro di cura e le strutture per gli anziani e le non autosufficienze.

MODALITÀ DI ACQUISTO

Il prezzo del singolo numero è di € 30,00 *

L'abbonamento annuo a tre numeri è di € 75,00 *

** IVA esente per i cittadini italiani*

CREDITI FORMATIVI

La lettura di ogni singolo numero della rivista e lo svolgimento del relativo test consente di acquisire 10 crediti ECM per tutte le professioni sanitarie. Per gli operatori socio-sanitari (OSS) la lettura di alcuni articoli e la risposta alle domande dei test darà diritto a ricevere un attestato con indicazione del numero di ore di formazione.

Formazione continua OSS: tempo di lettura 1,5 ore.

PER INFORMAZIONI:
Maggioli Formazione

Tel. 0541 628840 - Fax 0541 628768 - formazione@maggioli.it

VISITA IL SITO WWW.FORMAZIONE.MAGGIOLI.IT

GRUPPO
Maggioli

Hanno collaborato

Nicoletta Bocca, Psicomotricista Opera Pia Cerino Zegna Onlus

Floriana De Vanna, Coordinatrice del Centro Diurno per il supporto cognitivo e comportamentale delle persone affette da Alzheimer e Demenze correlate “Gocce di Memoria” – facente parte della Società Cooperativa Sociale Anthropos di Giovinazzo (Ba)

Maria Silvia Falconi, Presidente Soc. Coop Il Sostegno

Marco Fumagalli, Coop. La Meridiana, Monza

Sonia Osella, Psicologa Responsabile Area Alzheimer Opera Pia Cerino Zegna Onlus

Vincenzo Pedone, Direttore Sanitario Consorzio Colibrì Bologna

Rosella Rasori, Naturopata Scrittrice di saggi

Valeria Ribani, Volontaria ARAD

Elena Sodano, Spazio Al.Pa.De. Centro diurno Ra.Gi. Catanzaro

Federica Taddia, Educatore, formatore, counsellor, Villa Ranuzi e Villa Serena, Bologna

Lucio Tondi, Medico di Cra

Sommario

4 Editoriale

5 Le TNF, la nuova frontiera

Marco Fumagalli

FORMAZIONE CONTINUA OSS -

TEMPO DI LETTURA: 15 MIN

10 Mano nella zampa: una panoramica sulla pet therapy

Maria Silvia Falconi

17 La gestione innovativa delle turbe psico-comportamentali correlate al deterioramento cognitivo degli ospiti di una Casa Residenza Anziani: Villa Ranuzzi e Villa Serena di Bologna

Vincenzo Pedone e Federica Taddia

FORMAZIONE CONTINUA OSS -

TEMPO DI LETTURA: 15 MIN

21 Alzheimer e alimentazione. *Finger Food*

Sonia Osella

FORMAZIONE CONTINUA OSS -

TEMPO DI LETTURA: 30 MIN

31 Il naso di Pinocchio

Nicoletta Bocca e Rosella Rasori

40 Il metodo Validation e il suo impiego in C.R.A.

Lucio Tondi e Valeria Ribani

FORMAZIONE CONTINUA OSS -

TEMPO DI LETTURA: 15 MIN

43 Le terapie non farmacologiche

Floriana De Vanna

FORMAZIONE CONTINUA OSS -

TEMPO DI LETTURA: 15 MIN

47 La Terapia Espressiva Corporea Integrata (Teci)

Elena Sodano

DIRETTORE RESPONSABILE

Paolo Maggioli

DIREZIONE

Irene Bruno

COMITATO DI DIREZIONE

Fabrizio Arrigoni, Psicologo, Università di Brescia
Luca Cecchetto, Studio infermieristico Cecchetto
Rabih Chattat, Università di Bologna
Gilberto Cherri, AUSL 1 triestina
Renzo Colucci, Associazione Seneca Bologna
Luca Degani, Avvocato in Milano
Paola Garbella, RSA Cerino Zegna
Franco Iurlaro, ANSDIPP
Luisa Lomazzi, SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana)
Maila Mislej, Direzione S.C. Servizio Infermieristico Aziendale, AUSL 1 triestina
Giorgia Monetti, Focos srl, Padova
Maria Mongardi, ANIPIO (Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere)
Giorgio Pavan, ISRAA Treviso
Vincenzo Pedone, ex primario geriatria Osp. Maggiore Bologna, dir san. Consorzio Colibri - Bologna
Nicola Pisaroni, presidente ANOSS
Mauria Rambaldi, Coordinatore tecnico professionale infermieristico delle strutture per anziani di Bologna - Dip. Cure Primarie
Melania Salina, AUSL 1 Triestina
Antonio Sebastiano, CREMS

Marco Sinoppi, fisiatra, volontario ARAD
Federica Taddia, Responsabile animazione presso CRA Villa Ranuzzi e Villa Serena, Bologna
Fabio Vidotto, Studio Vega
Oscar Zanutto, ISRAA Treviso

REDAZIONE

Maggioli S.p.a.
Via del Carpino, 8
47822 Santarcangelo di Romagna (RN)

AMMINISTRAZIONE

Maggioli Editore
presso c.p.o. Rimini
Via Coriano, 58 - 47924 Rimini
tel. 0541 628111 - fax 0541 622100
Maggioli Editore è un marchio Maggioli S.p.a.

DIFFUSIONE

Rete internet

SERVIZIO CLIENTI E INFORMAZIONI

Maggioli Formazione
tel. 0541 628840
fax 0541 628768
formazione@maggioli.it

SUPPORTO TECNICO

tel. 0541 628409
elearning@maggioli.it

REGISTRAZIONE

Presso Tribunale di Rimini
il 7 novembre 2015 al n. 5

Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, del materiale pubblicato senza autorizzazione dell'Editore.

Le opinioni espresse negli articoli appartengono ai singoli Autori, dei quali si rispetta la libertà di giudizio, lasciandoli responsabili dei loro scritti.
L'Autore garantisce la paternità dei contenuti inviati all'Editore manlevando quest'ultimo da ogni eventuale richiesta di risarcimento danni proveniente da terzi che dovessero rivendicare diritti su tali contenuti.

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Singolo fascicolo 30€
Abbonamento annuale 75€

Maggioli S.p.a.
Azienda con sistema qualità certificato
ISO 9001:2008, iscritta al registro operatori della comunicazione

Gentili Lettori,
in questo numero esploriamo il mondo delle attività agite tramite la persona, la parola, suoni e colori, immagini su tablet, i nostri amici animali, la presentazione alternativa del cibo, un consono approccio comportamentale, una comunicazione verbale efficace.

Entriamo nel mondo delle terapie non farmacologiche (TFN) intendendo con il termine terapia, metodo di cura di una malattia, la cura stessa (Dizionario Garzanti), il percorso di recupero, la riattivazione, il rallentamento di un percorso patologico.

“Le TFN, la nuova frontiera” ci svela la chiave di lettura che ne dimostra il valore intrinseco perché tale processo vede il coinvolgimento attivo della persona curata che diviene protagonista.

Dolcissimo momento con la panoramica sulla Pet Therapy che si fonda sull'interazione uomo animale facendo perno sull'impulso epimeletico, propensione istintiva dell'essere umano a prendersi cura di esseri con l'apparenza di cuccioli attratti da caratteristiche morfologiche (segnali infantili) quali testa grande e bombata, rotondità, occhi grandi. Che riattivano le capacità esistenti del ragazzo, del giovane adulto e dell'anziano. Fino a giungere al cane d'allerta per il diabete.

Entriamo in una Casa Residenza per Anziani per scoprire la gestione innovativa delle turbe psico-comportamentali con valutazione dei disturbi comportamentali tramite la somministrazione della scala di valutazione NPI e la creazione di un ambiente protesico tramite un massiccio intervento del Servizio di animazione socio-educativa con interventi individuali e di gruppo.

Giungiamo alle strategie che consentono al portatore di demenza di vivere nella sua dimensione spazio-temporale; l'équipe si trasferisce nella sfera dell'anziano e trova risposte ai suoi bisogni. Il finger food soddisfa il desiderio/impulso di nutrirsi rispettando lo strumento che l'anziano predilige in quel momento della sua vita:

il passaggio diretto dalla mano alle labbra. Con la presentazione del cibo che mantiene inalterata la sacralità e la dignità del mezzo di soddisfacimento di uno dei bisogni fondamentali dell'Uomo.

Il progetto Il naso di Pinocchio ci introduce nel mondo sconosciuto degli idrolati valorizzando il canale olfattivo che consente di entrare in contatto con il sistema limbico che rappresenta la parte più antica del cervello, sede delle emozioni e dell'inconscio.

A Bologna trova sede uno dei pochi centri autorizzati a diffondere il messaggio di Naomi Feil, il Metodo Validation, che vede gli anziani affetti da demenza come individui impegnati in un colloquio molto intimo diretto a risolvere un normale compito connesso con lo sviluppo e l'evoluzione della loro esistenza, collocando la realtà della malattia nella storia personale dell'anziano.

Vedremo i vantaggi dell'intervento precoce nel caso dei DNC lievi nel momento in cui si mostrano le prime avvisaglie nella sfera della memoria e dell'apprendimento, quando non vengano sottovalutati dai famigliari.

Andremo infine a fare la conoscenza con la Terapia Espressiva Corporea Integrata (TECI) quale ponte di comunicazione possibile con la malattia di Alzheimer e altre Demenze. Si rivolge principalmente ai corpi che convivono con l'Alzheimer che, a causa della malattia, diventano evanescenti.

Concludendo, non va mai persa la dimensione multidimensionale e sinergica che conduce a pensare che le TFN si prefiggono, in modo coordinato con la terapia farmacologica, di mitigare gli effetti della patologia stessa, creando l'alleanza terapeutica all'interno della quale i risultati portano benefici effetti alla persona fragile, danno un senso al lavoro degli Operatori sociosanitari e donano gratificazione anche al caregiver che si sente utile e al quale è concesso di vedere l'evidenza, il risultato del suo agire.

Le TNF, la nuova frontiera

» Marco Fumagalli

Premessa

Quando si affronta il tema della demenza numerosi sono ormai i contributi che Gruppi di lavoro, Comitati di ricerca, Regioni particolarmente illuminate, stanno portando, accostando alla malattia la parola **benessere**: se consideriamo il termine benessere come “la migliore condizione funzionale possibile in assenza di stress” allora tutti i contributi riportati, armonizzati in questa ottica, appaiono sensati; viceversa se portati all'estremo o se proiettati verso la ricerca assoluta della performance, possono creare estrema confusione tra gli addetti ai lavori e al semplice *caregiver*.

Terapie non farmacologiche

Nel trattamento delle fragilità cognitive, le terapie non farmacologiche (TNF) costituiscono un approccio tecnico standardizzato di comprovata efficacia, basato su prove scientifiche, che si prefiggono, in modo complementare alla terapia farmacologica, di curare la persona con demenza al fine di contrastare la disabilità legata alla patologia stessa. Insieme alla valutazione multidimensionale, **la storia** della persona diverrà la pietra miliare su cui costruire il progetto di cura, punto di partenza di un *continuum care* tra tutti coloro, che in fasi diverse e in *setting* diversi, prendono in carico il paziente. L'approccio farmacologico, se non inserito in un progetto di cura più globale e misurato allo stadio di malattia, si associa,

spesso, alla sensazione di impotenza terapeutica: innanzitutto quindi partire dalla biografia, senza la quale qualsiasi approccio appare superficiale.

Life story

È evidente che tutti noi siamo molto diversi dalla persona che eravamo dieci anni fa e da quella che saremo tra dieci anni. Tuttavia nessuno di noi si trasforma al punto da diventare totalmente un'altra persona. Cambiamo e rimaniamo essenzialmente noi stessi. Il corso della vita è caratterizzato sia dal cambiamento che dalla continuità: due linee entrambe necessarie per progettare il nostro futuro. Ciò che siamo e ciò che siamo stati sono una guida per ciò che saremo.

Una continuità dinamica

Questo termine vuole esprimere la tensione tra cambiamento e continuità dell'io. Veicola infatti l'idea che in tutti noi c'è una struttura fondamentale – l'identità – che persiste nel tempo ma che è anche soggetta ad una serie di cambiamenti. La continuità, ossia questo “filo rosso” che accompagna tutta la nostra vita, è resa possibile dal processo di comprensione delle esperienze: comprendendole manteniamo un senso coerente di noi stessi e della nostra identità, fatta di idee, affetti, esperienze, preferenze, atteggiamenti e abilità. Nel comprendere entra anche il ricordo, cioè la presenza nella memoria di un passato vivo

che permette di vivere la continuità della propria identità e di manifestarla. Grazie al ricordo, possiamo considerare i nostri cambiamenti alla luce del nostro passato e viverli all'interno di un contesto stabile. Continuità, ricordo, cambiamento, sono quindi tutte modalità che non possiamo considerare quando i pezzi del puzzle non si incastrano più con precisione e quando il nostro *hardware* inizia a dare segnali distorti. È a questo punto che le TNF possono iniziare a dare il loro contributo, come a mantenere il più a lungo possibile uniti il passato, il presente e il futuro che una persona con demenza deve ancora costruirsi. Le TNF si caratterizzano per il coinvolgimento attivo della persona e si fondano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue, allo scopo di sostenere e attivare, con un progetto di cura personalizzato, le funzioni mentali non completamente deteriorate, per mantenere la massima autonomia possibile e rallentare la progressione della disabilità. La Valutazione quindi, da semplice strumento di misurazione e descrizione, diventa lo strumento atto a individuare obiettivi di cura condivisi da tutti coloro che ruotano intorno al malato, obiettivi che varieranno non solo tra i diversi malati, ma anche per il singolo malato nell'arco della malattia. È il passaggio dall'atteggiamento di custodia a quello di cura: *caregiver* formale e informale divengono essi stessi "la cura", attraverso la professionalizzazione del gesto.

Gli ambiti di intervento delle TNF possono essere: la cognitività, le funzioni neuro-sensoriali, l'affettività, il linguaggio, il sonno, l'alimentazione, le funzioni motorie, l'autonomia personale, le relazioni interpersonali.

Pertanto, gli interventi cognitivi, comporta-

mentali e ambientali avranno un ruolo diverso nelle varie fasi di malattia. Gli interventi di riabilitazione cognitiva comprendono numerose tecniche, tra cui alcune descritte di seguito:

- **Reality Orientation Therapy (Terapia di orientamento nella realtà - ROT);**
- **3R (che integra ROT, Reminiscenza e Rimotivazione);**
- **Gentlecare, nello specifico dell'Environmental Approach**

La ROT (Reality Orientation Therapy), è la terapia cognitiva più impiegata nei pazienti con deterioramento cognitivo (Taulbee 1984, Baroni 1991, Zanetti 1995). Si tratta di una tecnica finalizzata a ri-orientare il paziente rispetto alla sua storia personale e all'ambiente circostante. Si distingue in ROT informale, che si articola nelle 24 ore in azioni di informazione, demandata a tutti coloro che interagiscono con il paziente e in una ROT formale che riprende gli argomenti di orientamento in modalità strutturata. La ROT è uno degli interventi alla persona più diffusamente destinati alla riabilitazione di pazienti affetti da demenza che presentano deficit mnesici, episodi confusionali e disorientamento temporo-spaziale. Il principale obiettivo della ROT consiste nel ri-orientare il paziente, per mezzo di stimolazioni ripetitive multimodali (verbali, visive, scritte e musicali), rispetto alla propria storia personale, al sé, all'ambiente, allo spazio e al tempo. Tale obiettivo può essere perseguito tramite due modalità di intervento fra loro complementari: la ROT informale e la ROT formale (o ROT in classe). La prima (informale) si basa sull'introduzione di facilitazioni temporo-spaziali nell'ambiente di vita del pa-

ziente (un esempio consiste nell'avvalersi di particolari calendari) e prevede il coinvolgimento attivo di operatori sanitari e/o familiari. La seconda (formale) consiste in sedute giornaliere condotte all'interno di gruppi formati da 4-6 soggetti, omogenei sul piano della compromissione cognitiva, per circa un'ora al giorno, in un ambiente idoneo, il più possibile simile a quello di una abitazione ed è condotto da personale specializzato.

Life Review Therapy - Terapia della Reminiscenza

La Terapia della Reminiscenza consiste in un intervento riabilitativo psicosociale in cui grande importanza assumono "i ricordi", considerati spunto per stimolare le risorse mnesiche residue e per recuperare esperienze emotivamente piacevoli. Fondandosi sulla naturale propensione dell'anziano a rievocare il proprio passato tale intervento utilizza il ricordo come strumento indispensabile per gettare un ponte tra passato, presente e futuro, al fine di interpretare e vivere meglio la realtà quotidiana. Tale processo si sviluppa potenziando le capacità mnesiche remote, integrando i ricordi passati con quelli recenti e ampliando la memoria recente. La Terapia della Reminiscenza può svolgersi in modo informale (spontaneamente durante gli incontri giornalieri) o inserita nell'ambito di un'attività strutturata, individuale o di gruppo. In quest'ultimo caso i pazienti in una prima fase vengono incoraggiati a parlare del loro passato, a ricordare e riportare al gruppo esperienze vissute durante l'età adulta e l'infanzia; successivamente, vengono stimolati a verbalizzare i loro problemi attuali e ad ascoltare quelli degli altri favorendo un processo di introspezione e comprensione

empatica, così da raggiungere un sempre maggior adattamento al presente ed un miglior livello di socializzazione. L'utilizzo di questa metodica sembra poter significativamente contribuire a prevenire il processo di disintegrazione della personalità, garantendo l'allenamento mentale necessario per l'attività introspettiva, arricchendo i propri ricordi e facilitando gli aspetti relazionali.

Terapia di Rimotivazione

Tale Terapia è una tecnica cognitivo-comportamentale il cui scopo consiste nella rivitalizzazione degli interessi per gli stimoli ambientali, nello stimolare gli anziani a relazionarsi con gli altri ed a affrontare e discutere argomenti contingenti della realtà circostante. È particolarmente indicata in pazienti demotivati o con sintomi depressivi non gravi e deficit cognitivo lieve in grado di seguire una conversazione. La rimotivazione trova spazio anche nella terapia dei disturbi dell'umore, indipendentemente dalla presenza di deficit cognitivi. Può essere applicata individualmente oppure in piccoli gruppi. Abitualmente viene attuata in brevi sessioni nelle quali un tema d'attualità viene discusso.

L'intervento ambientale (**Enviromental Approach**) mira a contenere il disorientamento nello spazio e nel tempo e verso le persone, che è un deficit cognitivo grave e spesso responsabile di disturbi del comportamento; l'approccio ambientale è essenziale in ogni fase della malattia. Esistono linee guida per la strutturazione degli spazi chiusi (luci, colori, altezza delle stanze, arredi) e degli spazi aperti; in generale, l'ambiente per essere considerato una risorsa terapeutica, deve garantire la sicurezza fisica e psicologica, compen-

sare la disabilità fisica, sensoriale e cognitiva e, allo stesso tempo, rispettare le capacità decisionali residue e il diritto alla riservatezza. Per questo motivo Gentlecare, pur essendo una metodologia complessa, può per questo particolare aspetto essere inserita in questo contesto.

Gentlecare: la protesi ambiente

Il ruolo cruciale dello spazio, nel piano di cura, è in stretto rapporto con la modificazione della capacità di controllo dell'ambiente stesso che si verifica nel malato con il peggiorare della malattia. Tali modificazioni si manifestano più frequentemente in fase moderata-severa, ma nella malattia di Alzheimer possono essere presenti anche in fase lieve-moderata. La difesa della motricità e la strutturazione di un ambiente che la promuova diventano quindi obiettivi possibili anche in fase avanzata e acquistano una valenza etica rilevante. Molte sono le evidenze di come la persona con demenza possa essere particolarmente sensibile a modificazioni ambientali, sia in senso positivo, sia in senso negativo; diviene corollario di ciò che ogni piccola modificazione ambientale in senso protesico può avere effetti largamente positivi sulle prestazioni della persona. Nell'ambito della metodologia GentleCare il paradigma dell'ambiente protesico è la casa, poiché essa è la sintesi di molti elementi connessi con la soggettività di ogni persona: rappresenta lo spazio di massima familiarità, l'ambito in cui il riconoscimento dello spazio e del suo significato d'uso è immediato, perché ormai introiettato, inoltre costituisce il luogo dove vengono custodite le esperienze e le emozioni più private e più significative per la vita di ciascuno. Nella costruzione dell'ambiente pro-

tesico è possibile fare riferimento ai criteri di seguito riportati.

Sicurezza. Le alterazioni della cognitivà, la perdita di critica e di giudizio proprie della malattia, fanno sì che la persona con demenza tenda a mettersi in situazioni di rischio. In relazione a ciò, quello che più frequentemente si verifica nei carers è la nascita di un bisogno di stretto controllo nei confronti della persona con demenza. Tale atteggiamento pone di per sé problemi di natura etica, connessi con la salvaguardia del principio di autonomia/autodeterminazione del malato, ma al tempo stesso diviene particolarmente faticoso per i carers nei quali induce uno stato di continuo allarme. Il tema della sicurezza riguarda sia le persone in situazione di residenzialità che le persone al proprio domicilio. Obiettivo del design sia in ambito residenziale che al domicilio è dunque quello di creare spazi interni ed esterni protetti così che il malato possa godere del massimo di libertà nel pieno della sicurezza. Non sono da scartare a tale proposito le soluzioni che utilizzano la tecnologia. La scelta di soluzioni tecnologiche deve considerare i diversi problemi di natura etica che insorgono quando si debba da un lato rispettare il diritto di autodeterminazione delle persone e dall'altro rivolgersi a malati nei quali la malattia stessa mina in varia misura tale capacità. Il processo decisionale deve considerare l'eticità delle alternative possibili alle singole misure adottate o adottabili e contestualizzare i possibili dilemmi etici.

Facilità d'accesso e mobilità. La libertà di movimento e la fruibilità dell'ambiente consentono alla persona di conservare la sensazione di controllo sullo spazio circostante e di accrescere il suo

senso di appartenenza e di padronanza nei confronti delle diverse aree. Cruciale è anche in fase moderato-severa la sensazione di padronanza nei confronti dello spazio più intimo, vale a dire la camera, con il proprio letto e i propri oggetti personali. Questa sensazione può essere accresciuta o sminuita dall'atteggiamento dello staff: entrare in camera senza chiedere il permesso mina il senso di controllo, viceversa chiedere la sua autorizzazione lo rinforza. La visibilità delle aree fruibili diviene quindi critica, così come il mascheramento delle aree interdette. Accanto alla visibilità diretta deve essere considerata la facilitazione all'interpretazione, il cueing, utilizzando una segnaletica non convenzionabile, ma interpretabile dal malato. "Comforting objects" possono essere utilizzati per identificare spazi personali, "life panels" costruiti con l'aiuto della famiglia oltre a consentire al malato di identificare il proprio spazio, gli restituiscono il senso di appartenenza e la stima di sé. Quando possibile è meglio utilizzabile un cueing multisensoriale, piuttosto che affidarsi al solo cueing visivo.

Funzione ed attività. Poiché la persona non è spesso in grado di attribuire allo spazio il suo corretto significato d'uso, occorre che ogni ambiente suggerisca la funzione a cui è destinato, sia attraverso la configurazione, sia attraverso l'arredo, sia attraverso elementi infrastrutturali che suscitino interesse e possibilità di interazione. Occorre prevedere punti di interesse (es. vista sull'esterno), disporre l'arredo in modo da facilitare l'interazione e la conversazione, compensare i deficit sensoriali disponendo oggetti interessanti alla reale portata del campo visivo, quindi mediamente all'altezza delle spalle o più bassi, creare opportunità di uso di oggetti normalmente presenti nel quotidiano (borse, cappelli, giornali ecc.). La pronta disponibilità degli oggetti di uso comune, consente alla persona di esercitare la propria indipendenza funzionale con ripercussioni positive almeno a due livelli: accresce l'autonomia, la capacità di scelta della persona con demenza, solleva lo staff dal dover sollecitare, stimolare continuamente, realizzando il concetto di **"non-human caregiver"**.

Riferimenti bibliografici

- Taulbee L.R. (1984), *Reality orientation and clinical practice*, in Burnside I. (Ed). *Working with the elderly: group Process and Techniques*. Monterey, Calif, Wadsworth Health Sciences Division, pp. 177-186.
- Baroni A. (1991), *La riabilitazione geriatrica*, Nuova Italia Scientifica, Firenze.
- Zanetti O., Frisoni G., De Leo D., Dello Buono M., Bianchetti A., Trabucchi M., *Reality orientation therapy, in Alzheimer's disease: useful or not?. A controlled study*, Alzheimer' Dis Assoc Disord 1995; 93:132-8.

Mano nella zampa: una panoramica sulla pet therapy

» Maria Silvia Falconi

La pet therapy nasce e si sviluppa come ulteriore declinazione dell'interazione uomo animale.

Esistono diversi livelli di intervento che variano a seconda dell'animale impiegato e dell'intensità degli obiettivi che decidiamo di raggiungere con le persone coinvolte.

In questo articolo desidero trattare gli interventi effettuati con il cane in quanto educatrice cinofila e pet-therapy partner presso Onlus Carolina, associazione di pet therapist che lavorano con i cani su tutto il territorio nazionale e che segue il metodo di educazione gentile insegnato da Luigi Rimoldi presso la scuola di Ponti sul Mincio (MN).

Quando parliamo di terapie non farmacologiche è opportuno utilizzare il termine **elicitare** v. tr. [dal lat. **elicitare**, frequent. di elicere «tirare fuori»] (io elicino, ecc). – In psicologia, riferito a comportamenti o condotte, stimolarli, ottenerli mediante domande o altri stimoli.

Il cane, la bambola, la musica, il treno la stimolazione psicosensoriale fungono da elicitatori ovvero sono gli strumenti che tirano fuori, comportamenti, condotte, azioni altrimenti nascoste dalla malattia.

Un cane che entra nella vita di una persona elicina... che cosa?

Principalmente l'impulso epimeletico.

Con **impulso epimeletico** si definisce la propensione istintiva dell'essere umano (ma anche dell'animale verso specie differenti dalla sua, in taluni casi) a prendersi cura di esseri allo stato di cuccioli giacché essi presentino determinate caratteristiche morfologiche tipiche di questo stadio dell'evoluzione (dette segnali infantili), quali testa grande e bombata, rotondità, zampe corte, occhi grandi, muso schiacciato, corpo corto.

L'impulso epimeletico attiva tutti i comportamenti di cura anche nei confronti di cani adulti.

Quando si attiva l'istinto alla cura vediamo comparire una serie di comportamenti, azioni, movimenti produzioni linguistiche orientate a questo tipo di compito.

L'ingresso in strutture residenziali e semiresidenziali di un animale ha anche la funzione di connotare quel luogo non solo come luogo di cura ma anche come luogo altro.

Le persone oggetto delle nostre cure diventano dispensatori di cure ed il luogo diventa spazio di gioco ed affettività.

Dare la possibilità ad una persona malata di giocare con un cane la riorienta rispetto al suo qui ed ora costruendo un luogo affettivo e relazionale legato all'attività con il cane.

Un luogo in cui si recupera competenza un luogo in cui il resto rimane sullo sfondo quello che

conta è cosa accade ora mentre mi relaziono con l'animale.

La presenza dell'animale è in grado di stimolare interesse e curiosità legati all'essere vivente che ho di fronte.

Ogni cane ha la sua specificità fisica ed il proprio modo di comportarsi e la persona impara a modulare i propri gesti a seconda di quale amico a 4 zampe ha di fronte.

Anche il cane è in grado di modulare il proprio comportamento a seconda di chi ha di fronte sia esso un anziano fragile, una persona disabile o un bambino molto piccolo.

Il cane non giudica. Se sbagliamo un esercizio non ci rimprovera, se ci cade un biscotto lo raccoglie comunque, è in grado di avvicinarsi ad una persona estremamente compromessa senza che il suo non verbale comunichi disagio.

È il pet therapist che deve essere in grado di leggere i segnali che l'animale ci dà e rimodularli all'interno del percorso.

Quali comportamenti possiamo osservare quando la presenza del cane ha agito sull'impulso epimeletico?

È evidente attraverso alcuni gesti l'intenzione di accudire l'animale che:

Viene premiato.

Viene accarezzato.

In passeggiata si fa attenzione ai suoi bisogni.

Viene spazzolato.

Le persone si interessano della sua salute e di dove vive.

Si comunica con lui in maniera diretta.

Quali comportamenti possiamo osservare quando il cane ha agito sulla curiosità?

L'animale viene osservato a distanza.

Prevale la relazione con il pet therapist

Si fanno domande sull'animale di tipo conoscitivo (razza, gestione).

Si interagisce con lui ma con poco contatto fisico.

È il pet therapist che deve essere in grado di leggere i segnali che l'animale ci dà e rimodularli all'interno del percorso.

Come per ogni terapia farmacologica esiste un bugiardino così ho pensato, in accordo con Onlus Carolina di costruire un bugiardino della pet therapy in modo da orientare gli operatori alla scelta di questo intervento conoscendone benefici, criticità ed effetti paradossi. Gli interventi di pet therapy devono essere incontri positivi sia per chi è coinvolto che per il cane, non ha senso regalare un ora di emozioni finte in cui la persona ha la sensazione di essere stata bene ma il cane era fortemente stressato.

È fondamentale che nei 45 minuti di intervento uomo e animale entrino in relazione in modo armonioso e per tutti e due incontrarsi sia una gioia, meglio procedere per piccoli step accompagnati da carezze e biscottini che portare esercizi circensi che nulla hanno a che fare con una relazione positiva fra uomo e animale.

Il bugiardino

Pet therapy istruzioni per l'uso

COS'È?

- La pet therapy è l'approccio non farmacologico che ha come base l'interazione uomo animale, l'attivazione di comportamenti epimeletici e la stimolazione della memoria a lungo termine.

- L'ingresso dell'animale in un luogo di cura crea di per sé una variante alla vita quotidiana della persona con demenza e rende immediatamente la struttura altro.
- Schede di osservazione, scale validate (NPI) e protocollo degli incontri sono gli strumenti per valutare i benefici di questa terapia.

PERCHÉ SI USA?

- La finalità della Pet Therapy è creare momenti di incontro fra persone attraverso l'interazione con gli animali.
- Deistituzionalizzare le strutture di tipo sanitario attraverso un intervento che faccia percepire il luogo di cura come luogo altro.
- Attivare comportamenti di cura verso l'animale, riorientare verso compiti semplici, far sentire la persona abile e competente.
- L'animale per sue caratteristiche non è giudicante lascia che la persona entri in contatto così come è trasmettendo sicurezza. Il suo ritorno è positivo e le persone coinvolte si sentono motivate alla relazione.

QUALI COMPORTAMENTI POSSONO MODIFICARE L'EFFICACIA DELLA TERAPIA?

- Incapacità da parte del pet therapy partner o degli operatori coinvolti di essere mediatori della relazione e non coprotagonisti.
- La non predisposizione di un ambiente idoneo alla realizzazione dell'intervento
- Il non coinvolgere i familiari è un errore che può portare ad inficiare il percorso ipotizzato.

POSOLOGIA

Almeno un incontro settimanale con il cane ge-

stito con il singolo o in piccoli gruppi di massimo 10 persone.

Gli incontri devono essere suddivisi in attività col cane da circa 30 minuti ciascuno e 10 minuti di riposo per l'animale. Il cane gestisce stress e attenzione in modo totalmente diverso da noi esseri umani e in questo va rispettato.

EFFETTI INDESIDERATI

Premessa

- Il benessere della persona coinvolta deve essere pari a quello dell'animale. Evitare la pet therapy con persone con disturbi legati ad aggressività.

Effetto indesiderato

- Il non tenere in considerazione la storia personale di chi è coinvolto può creare situazioni emotivamente ingestibili.
- TENERE SEMPRE PRESENTE QUALE RAPPORTO I PARTECIPANTI AVEVANO CON GLI ANIMALI.

Alcuni interventi possibili

Interventi assistiti con il cane in ambito geriatrico

Come accennato in precedenza entrare in una struttura residenziale con un cane è già di per sé terapeutico.

In un ambiente di tipo sanitario l'ingresso del cane rappresenta un'innovazione degli ultimi anni, per molti anziani il cane rappresenta la casa che avevano e non il luogo di cura.

Il cane è in grado di trasportarli in un altro qui ed ora e di desanitarizzare l'ambiente rendendolo all'improvviso casa, esterno altro...

In questi interventi prevale la dimensione ludi-

ca. Giocando con il cane anche solo al riportello (far riportare dal cane oggetti e palline) siamo in grado di attivare/stimolare una serie di abilità cognitive.

- Attenzione
- Orientamento spaziale
- Riconoscimento dei contesti
- Rispetto dei tempi
- Rievocazione
- Memoria a breve e lungo termine
- Orientamento rispetto al qui ed ora.

In oltre la relazione con l'animale stimola la motivazione ad agire e a compiere movimenti finalizzati coerenti con il risultato che vogliamo ottenere.

Le prassie si attivano spontaneamente e correttamente nell'interazione con l'animale la cui risposta positiva fa sì che la persona si senta motivata a riproporre gli esercizi e continuare a giocare creando con l'animale uno stato quasi magico in cui il tempo presente si ferma e lascia il posto alla gioia di stare insieme.

Nelle persone con demenza abbiamo spesso risultati inaspettati anche per quanto riguarda la riattivazione linguistica e del racconto di sé. Si è rivelato un ottimo strumento per incontri di reminenza durante i quali le persone hanno raccontato episodi legati alle loro esperienze con gli animali spesso molto significativi e carichi di affettività.

In RSA sono stati predisposti incontri con persone allettate o colpite da grave afasia con le quali siamo riusciti a riattivare piccoli movimenti legati alle carezze o all'offerta di biscotti o croccantini, il desiderio di accudire l'animale ha dato risultati

sorprendenti confermati anche dai familiari con la tenuta dell'attenzione sull'animale anche per diverso tempo.

Il coinvolgimento dei familiari in queste proposte è stato pensato e richiesto alla struttura per dare la possibilità alle persone di vivere momenti significativi e di svago ai nuclei familiari in cui i care giver hanno potuto constatare la riattivazione di alcune competenze da parte dei loro cari.

Per questi interventi ho predisposto alcune schede osservative con ITEMS relativi le abilità che desideravamo andare a stimolare.

Interventi con persone con ragazzi e giovani adulti con disabilità plurime

L'approccio iniziale con le persone con grave disabilità psico fisica è sempre da valutare in modo molto cauto, caso per caso utilizzando tanto spirito di osservazione, un giudizio tecnico da parte di chi conosce molto bene questo tipo di patologie e attraverso le informazioni fornite dagli educatori professionali presenti all'interno delle strutture, sempre molto attenti e pronti a raccontarci esperienze vissute in prima persona con i ragazzi, le loro disfunzioni e il loro modo di relazionarsi alla vita. Dati molto utili al pet therapist per capire meglio come procedere e se farlo.

Fare pet therapy con persone affette da disabilità psicomotorie gravi è una grande sfida, non solo per gli animali ma anche per noi pet therapy partner.

Ci si trova di fronte a situazioni estremamente complesse dal punto di vista cognitivo, fisico e sensoriale cui si associano gravi disturbi del comportamento.

Bisogna entrare nella vita di queste persone con delicatezza ed in punta di piedi lasciando loro il tempo per osservare senza avere fretta poiché, quando l'apertura alla relazione con l'animale si attiva in modo spontaneo, diviene un risultato consolidato e trampolino di lancio per una nuova esperienza educativa.

Il primo obiettivo che ci si pone è quello di creare un ambiente il più sereno possibile in cui le persone possano osservare l'animale senza sentirsi minacciati o impauriti da queste "nuove" pelose presenze.

Le prime sedute devono essere puramente conoscitive e poco strutturate, dopo le presentazioni di cani e umani, bisogna lasciar osservare i quadrupedi ai partecipanti, valutando le prime reazioni sia positive che negative e su di esse costruire il progetto a piccoli passi.

Si tratta principalmente di saper cogliere cose apparentemente molto piccole ma grandi al tempo stesso.

La tenuta dell'attenzione per pochi minuti, un braccio che si estende per toccare, un sorriso, uno sguardo stupito. Piccoli passi che ci hanno permesso di proseguire incontro dopo incontro verso spazi di autonomia nella relazione con gli animali.

I risultati in questo ambito si valutano principalmente dal punto di vista psicomotorio e della gestione di alcuni disturbi del comportamento in particolare isolamento, stereotipie auto ed etero lesionismo.

In questi casi le sedute si rivelano momenti difficili, a volte credi non possa funzionare nessun intervento, hai di fronte persone con un bassissimo livello di attenzione spesso preda di cri-

si di agitazione psicomotoria in alcuni casi auto-lesionismo causato dall'incapacità di sopportare il minimo stress. **In questi casi si prende esempio dal cane, niente sconforto ti avvicini e basta, così come sei.**

I risultati sulla riduzione dei disturbi sono stati valutati con la somministrazione mensile della scala NPI compilata dai pet therapist insieme agli educatori.

Ad essa si aggiungono alcune schede osservative con ITEMS inerenti le abilità che ci proponevamo di stimolare.

Il cane d'assistenza al disabile motorio ed il cane da allerta nel diabete

Nuova frontiera delle terapie assistite con animali questi percorsi sono proposti da Onlus Carolina che per il cane dall'erta nel diabete collabora con Progetto Serena ideatori del progetto.

Obiettivo dell'affiancamento del cane d'assistenza è quello di restituire autonomia e indipendenza alla persona cui viene donato. Pur non risolvendo le difficoltà motorie si connota come un valido aiuto nella gestione della quotidianità della persona con disabilità motoria.

Viene educato a costruire il presupposto all'autonomia: ciò che fa il cane è come se lo facesse la persona che riesce a gestire i propri spazi e le proprie esigenze in partnership con lui. Il cane viene messo nella condizione di aprire porte, consegnare oggetti, spegnere e accendere la luce, facilitare l'accesso all'ambiente domestico; viene educato anche all'interazione gestuale là dove la persona non sia in grado di comunicare: in questi casi è previsto l'utilizzo di segnali acustici e visivi che facilitino ogni interazione. Per poter soddisfare le

necessità della persona cui è rivolto questo tipo d'assistenza si cerca di favorire il coinvolgimento nel progetto della persona interessata e del suo nucleo familiare.

Condividere gli obiettivi e i risultati, ma soprattutto assicurare i familiari rispetto alla gestione della "presenza pelosa", sono passi imprescindibili per la realizzazione dell'intervento. Alle famiglie va restituita un'immagine di autonomia e di benessere che scaturisce da questa interazione, dal momento che di fronte a un cambiamento così grande come l'ingresso del cane nel nucleo familiare e l'acquisizione di spazi sempre più personali da parte dell'interessato può nascere una forte preoccupazione legata alla perdita del controllo della situazione dei congiunti e al loro doversi affidare all'animale piuttosto che alle proprie risorse personali.

Si è rivelato estremamente utile anche nell'assistenza domiciliare anziani, dando supporto affettivo e aiuto concreto a coppie di coniugi di cui uno ha difficoltà motorie e l'altro da solo si sente sopraffatto dalla situazione.

Il cane non solo è un valido aiuto in quanto debitamente formato in alcune attività di supporto domestico ma si connota come una presenza affettiva e rassicurante.

Il cane da allerta nel diabete viene preparato a riconoscere le crisi glicemiche prima che si manifestino restituendo sicurezza ed affettività alla persona malata ed al suo nucleo familiare.

Percepisce l'allerta come un gioco ed accompagna il proprio padrone nel percorso di cura di sé.

I cani d'assistenza e quelli da allerta nel diabe-

te vengono preparati e consegnati gratuitamente a chi ne fa richiesta dalle due Onlus coinvolte nel progetto.

E per concludere... due parole sul metodo...

Onlus Carolina è l'associazione fondata da Luigi Rimoldi che si occupa a livello nazionale, grazie alle sue delegazioni, di diffondere la *pet-therapy* in contesti legati alla fragilità.

L'associazione ha sviluppato progetti in ambiti molto diversi con lo scopo di promuovere l'interazione uomo-animale come mezzo per migliorare la qualità della vita delle persone nel pieno rispetto dell'identità dell'animale.

Il metodo ideato da Rimoldi prevede appunto l'educazione dell'animale e non solo l'addestramento attraverso azioni, da parte del *pet-therapist*, puntando a costruire l'atteggiamento generale del cane e non solo semplici performance.

Si tratta di un metodo armonioso e gentile fatto di premi e rinforzi positivi che non va a snaturare il carattere dell'animale ma va a costruire e rinforzare gli atteggiamenti positivi che esso già possiede:

- Capacità di proporsi disinteressatamente e di indurre reazioni di cura, rassicurazione, accudimento;
- Capacità di offrire "sicurezza tattile" attraverso le percezioni date dal contatto fisico;
- Capacità di porsi in maniera acritica nei confronti dell'altro;
- Capacità di attivare comportamenti di tipo epimeletico propri dell'essere umano la cui attuazione porta piacere e gratificazione;
- Capacità di essere tramite fra la persona in difficoltà e ciò che la circonda.

Nell'educazione dei cani ci vuole gentilezza per poter tirare fuori il meglio da ognuno di loro. È inutile fare interventi coercitivi il cane non impara viaggi in automatico, non progredisce, non è felice.

Diffidate di quei pet therapist i cui cani super

performanti hanno sempre la coda fra le gambe e l'occhio pallato, un cane che ha appreso il suo lavoro in modo costruttivo come un gioco entra in struttura disinvolto, coda alta e occhi sognanti... pronto a cominciare una nuova avventura con voi.

La gestione innovativa delle turbe psico-comportamentali correlate al deterioramento cognitivo degli ospiti di una Casa Residenza Anziani: Villa Ranuzzi e Villa Serena di Bologna

» Vincenzo Pedone e Federica Taddia

Il deterioramento cognitivo è caratterizzato dalla compromissione più o meno avanzata delle funzioni cerebrali superiori (che sono costituite da memoria, orientamento in tempo, spazio e persone, abilità visuo-spaziali, capacità simboliche, gnosiche e prassiche e funzioni esecutive come programmazione, giudizio critico e soluzione di problemi).

Esso nei suoi diversi gradi è riscontrabile in una percentuale generalmente molto elevata degli ospiti delle Case Residenza Anziani, come sono denominate oggi in Emilia-Romagna le Case di Riposo: a Villa Ranuzzi una accurata valutazione effettuata nel 2016 su 240 ospiti ha verificato un valore percentuale di oltre l'85%.

La forma più frequente di demenza negli ospiti delle CRA è risultata in tale studio quella mista degenerativo-vascolare, mentre le forme pure degenerative (il cui prototipo è la Malattia di Alzheimer), la malattia a corpi dei Lewy, la demenza vascolare (post-ictale e sottocorticale) e le demenze secondarie hanno una prevalenza decisamente inferiore nelle età avanzate della vita come appunto negli ospiti abituali delle nostre CRA.

Il deterioramento cognitivo è solo parte del quadro sintomatologico complessivo delle demenze, che comprende anche alterazioni della sfera affettiva (come variabili gradi di depressione del tono dell'umore) e turbe psico-comportamentali. Le compromissioni cognitive, affettiva e comportamentale complessivamente, insieme con la varie inevitabili comorbidità somatiche, finiscono col condizionare quadri disfunzionali con livelli di perdita di autonomia, di dipendenza e di fabbisogno assistenziale più o meno importanti.

Tra gli aspetti che maggiormente contribuiscono al carico assistenziale sono certamente i disturbi del comportamento nella cui genesi si considerano almeno tre elementi: l'essere espressione costitutiva dalla malattia dementigena, la personalità premorbosa e l'ambiente attuale nella sua accezione più ampia, inteso cioè come spazi, persone ed attività.

I disturbi psico-comportamentali (con acronimo inglese BPSD Behavioral and Psychotic Syndrome of Dementia) comprendono disordini della percezione e del pensiero come *allucinazioni*

e *deliri*, alterazioni della sfera affettivo-impulsiva come *agitazione*, *irritabilità*, *euforia*, *apatia*, *ansia*, *disinibizione*, *aggressività* e infine turbe delle condotte (*alimentare*, *sessuale*, *motricità*, *ritmo sonno-veglia*).

A Villa Ranuzzi e Villa Serena, negli ospiti che li manifestano (si verificano infatti abbastanza frequentemente, ma solo in alcune fasi del decorso della demenza), i disturbi vengono correntemente monitorizzati con una scala valutativa (NPI) che ne misura tipo, frequenza ed intensità.

Gli interventi che oggi vengono considerati prioritari ed efficaci, in termini di prevenzione e controllo dei disturbi non cognitivi delle demenze, sono quelli non farmacologici. Infatti seppure talora irrinunciabile la terapia farmacologica con neurolettici risulta gravata da un eccesso di effetti indesiderati che sono particolarmente temibili nell'anziano istituzionalizzato, quali ipersedazione, compromissione dell'andatura e della motricità, con cadute o s. ipocinetica, oltre ad eventi cardiovascolari, come ribadito anche dal recente statement della Cochrane Review (dec. 2016).

Orbene, alla luce del quadro epidemiologico che caratterizza gli attuali contesti residenziali per anziani e delle più moderne acquisizioni scientifiche in tema di appropriatezza gestionale dei disturbi psico-comportamentali nelle CRA, si comprende bene come Villa Ranuzzi e Villa Serena si siano orientate a sviluppare un ambiente effettivamente "protesico" rispetto ai problemi emergenti degli attuali ospiti delle strutture residenziali che sono i problemi sanitari in generale e i disturbi psico-comportamentali correlati alla demenza.

In questo contesto si inserisce il servizio di animazione socio educativa che si rivolge agli aspetti che riguardano la sfera sociale, educativa e culturale con un approccio individualizzato e strutturato sulle singole esigenze e patologie.

Il servizio animazione prevede interventi individuali e di gruppo che permettono di coinvolgere sia ospiti con demenza di tipo lieve e sia di tipo moderato-grave che presentano anche disturbi psico-comportamentali. Per questi ultimi sono previsti molteplici interventi non farmacologici individuali volti a contrastare l'isolamento socio-affettivo, ridurre stati di agitazione, mantenere le capacità residue sensoriali e infondere una sensazione di benessere generalizzata.

In particolare, vengono svolte stimolazioni multisensoriali (sonore, olfattive, tattili, visive) e stimolazioni tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie (pc touch screen, wii e comunicatori simbolici per agevolare la comunicazione volti a promuovere l'espressività individuale).

I percorsi multisensoriali prevedono stimolazioni che riguardano gli aspetti: sonori (ascolto guidato della musica, percorsi musicali e multimediali), olfattivi (spezie, profumi, ecc.), visivi (visione di quadri, colori, immagini, ecc.) e tattili (la manipolazione di materiali, è un modo per ricollegarsi alle sensazioni positive dell'infanzia, per scoprire che la materia è plasmabile come lo è il nostro corpo soggetto a cambiamenti) attraverso i quali è possibile riattivare stati assopiti, infondere rilassamento e benessere, ridurre stati di agitazione, facilitare l'espressione verbale, l'esternazione di emozioni, creare un contatto e fornire, a operatori e parenti, un'altra immagine della persona coinvolta.

Oltre alle attività di animazione più tradizionali (laboratorio ludico-ricreativo, laboratorio artistico-creativo, laboratorio teatrale e di lettura, la stimolazione multi-sensoriale, con esperienze significative anche nella pet-therapy, doll-terapia, clown-terapia, praticate nelle differenti forme e fasi del processo di deterioramento cognitivo) da diverso tempo hanno preso avvio ulteriori progetti: Progetto Montessori, Life Toys, Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) per far esprimere i bisogni e il dolore agli ospiti afasici, Reminiscenza, collegamenti Skype con i familiari, Pet-therapy.

Alcuni anni fa è stato condotto a Villa Ranuzzi e a Villa Serena uno studio comparativo sull'intervento animativo specificamente disegnato per migliorare le aree relazionale-comunicativa, comportamentale ed emotivo-affettiva di pazienti affetti da gradi moderati di deterioramento cognitivo, in un campione significativo di ospiti, con risultati decisamente lusinghieri così sintetizzabili: miglioramento dell'NPI totale nel 67%, dell'agitazione nel 62%, della depressione nell'81% e dell'irritabilità nel 59% dei casi trattati.

Nella nostra esperienza nei casi lievi di agitazione verbale o motoria, depressione e irritabilità, l'animazione migliora o addirittura elimina i sintomi, prevenendo l'impiego degli psicofarmaci, mentre nei casi più gravi di agitazione o di apatia, per i quali è indispensabile la terapia farmacologica, l'animazione può aiutare nel compenso psico-comportamentale, potenziando l'efficacia del farmaco, consentendone una riduzione del suo dosaggio giornaliero.

Estremamente interessante è anche l'attuale

esperienza col metodo montessoriano già collaudato negli Stati Uniti nel deterioramento cognitivo dell'anziano da C. Camp: esso utilizza i principi della riabilitazione montessoriana (ripetizione guidata, scomposizione dei compiti, progressione da semplice a complesso...) e la metodologia di intervento sui pazienti con demenza (ricorso a segnali di rinforzo esterni, affidamento alla memoria implicita...).

La metodologia montessoriana in versione geriatria conserva i fondamenti pedagogici originali che sono costituiti dalla concentrazione sulle abilità dell'individuo e non sui suoi deficit, dall'impegnare la persona in attività significative, dal consentire la massima performance, dal fornire ruoli sociali definiti, dal sostenere l'autostima, tutti elementi opportunamente concatenati in un circolo virtuoso.

Si può quindi, al termine questo breve rapporto sulla quotidiana esperienza nel campo dei disordini cognitivi con l'approccio socio-educativo che collettivamente possiamo catalogare come terapia non farmacologica del deterioramento cognitivo, concludere con le seguenti note riassuntive.

Il deterioramento cognitivo è molto frequente nelle CRA e deve essere affrontato secondo le più recenti acquisizioni scientifiche.

La terapia non farmacologica del deterioramento cognitivo è una forma di intervento diversificata (animazione tradizionale e animazione innovativa in senso tecnologico o metodologico).

Le prove di efficacia sono difficili da ottenere con gli strumenti classici della medicina basata sull'evidenza – EBM (RCT, Metanalisi...), ma la

letteratura scientifica è ricca di esperienze positive nel campo specifico.

Dal lato della sicurezza: essa è certamente priva di effetti indesiderati che gravano invece sulle terapie farmacologiche con neurolettici.

Il bilancio costo/beneficio è positivo, anche per tutta una serie di effetti favorevoli indotti sul contesto ambientale (clima e coinvolgimento automa-

tico di tutto il complesso degli operatori dell'assistenza).

L'intervento non farmacologico non va inteso in senso sostitutivo rispetto alla terapia farmacologica, ma come risorsa selettiva e complementare (potenziamento dei risultati e/o minimizzazione dei dosaggi dei farmaci e dei rischi correlati).

Bibliografia

- Camp C.J., & Nasser E.H. (2003), *Nonpharmacological aspects of agitation and behavioral disorders in dementia: Assessment, intervention, and challenges to providing care*, in P.A. Lichtenberg, D.L. Murman, & A.M. Mellow (Eds.), *Handbook of dementia: Psychological, neurological, and psychiatric perspectives* (pp. 359-401), New York, John Wiley & Sons.
- Cummings J.L. (1997), *The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients*, in *Neurology*, 48, S10-S16.
- Taddia F. (a cura di) (2013), *Laboratori di animazione per la terza età*, Trento, Erickson.

Alzheimer e alimentazione. *Finger Food*

» Sonia Osella

Tutta la storia dell'umanità conferma che la felicità per l'uomo dipende da un buon pranzo.

Lord Byron

L'alimentazione nella persona anziana

Il cibo è uno dei maggiori piaceri della vita e nessun gruppo di persone apprezza i pasti quanto gli anziani perché è un elemento fondamentale non solo dal punto di vista nutritivo, ma anche conviviale e quindi sociale (Papachristou *et al.*, 2013).

Attraverso il cibo transitano molteplici emozioni, i sensi alla base del piacere alimentare sono il gusto e l'olfatto. Di fatto non percepiamo che quattro sapori: il dolce, il salato, l'acido e l'amaro ed è soprattutto grazie all'odorato che siamo in grado di distinguere meglio gli alimenti.

Le molecole alimentari, liberate per effetto della masticazione e dei succhi salivari, si depositano sulle papille gustative. A tutte le sensazioni gustative si associa immancabilmente e automaticamente una reazione affettiva di piacere o dispiacere che gli conferisce una particolare colorazione.

Il processo di invecchiamento può cambiare notevolmente l'esperienza del mangiare influenzando sia il piacere che i benefici nutritivi del cibo:

- difficoltà nella deglutizione;
- problemi di dentatura;
- i muscoli necessari alla masticazione perdono la loro forza;
- la produzione di saliva si riduce e questo diminuisce l'efficacia della digestione;

- riduzione del numero di papille gustative della lingua, del senso dell'odorato e della vista;
- riduzione del riflesso della tosse con rischio di *ab ingestis*;
- disidratazione.

Ne consegue, purtroppo, una potenziale perdita del piacere di mangiare.

L'alimentazione nella persona anziana con demenza

La situazione inevitabilmente peggiora quando all'essere anziano si associa la demenza, dove compaiono i seguenti deficit:

- cognitività alterata;
- incapacità di gestire l'informazione;

Il senso del gusto, come quello della vista e dell'olfatto, può essere alterato in una persona con demenza, ma non è assente. Spesso capita che un soggetto con demenza affermi che l'acqua è cattiva, oppure che un cibo sia salato quando invece è dolce.

Una volta scoperto cosa gli piace (in quella specifica fase della propria vita), magari partendo dall'indagine sulle cose che gradiva in passato o dalle sue abitudini alimentari, è possibile muovere i primi passi verso una strategia che consenta di proporre non solo cibi adeguati dal punto di

vista nutrizionale, ma anche soddisfacenti per le papille gustative e per le sensazioni che esse trasmettono.

Far attenzione a questi aspetti della vita delle persone con demenza significa fare il possibile per continuare a rendere il momento del pasto una parte piacevole della giornata.

Un'alimentazione ben curata accresce sensibilmente la qualità della vita delle persone dementi.

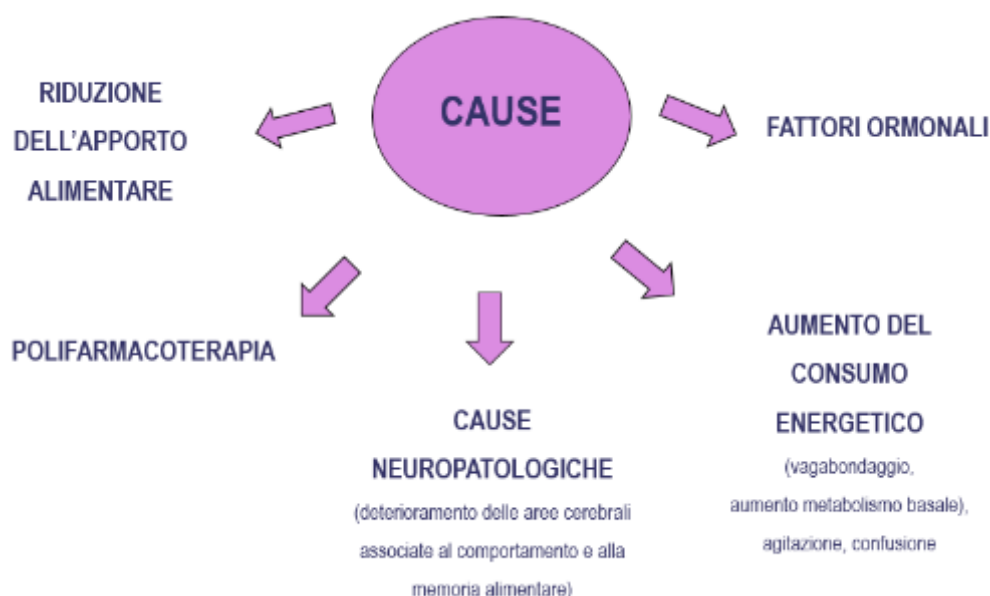
Purtroppo però a causa dei disturbi comportamentali, il dispendio energetico di una persona con demenza arriva addirittura a raddoppiare rispetto a quello di un coetaneo sano (Popa-Wagner *et al.*, 2013) e se associato alle crescenti difficoltà nell'alimentarsi, alla diminuzione dell'appetito perché c'è alterazione del gusto, alla scarsa igiene orale (con conseguenti problemi odontoia-

trici), al ridotto assorbimento di alcuni nutrienti, ad abitudini alimentari sbagliate (monotonia del cibo che può essere poco stimolante), è facile comprendere come queste persone siano a serio rischio di malnutrizione (Spindler *et al.*, 1996).

La malnutrizione è una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzo dei nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbidità e di mortalità o un'alterazione della qualità della vita.

Per la valutazione nutrizionale e l'identificazione delle conseguenze metaboliche della malnutrizione si utilizzano: dati anamnestici, valutazioni cliniche, misure antropometriche, parametri biochimici e studi di bilancio, esami strumentali, indagini alimentari (stima degli apporti).

Figura 1 – Analisi delle cause della malnutrizione



Un altro disturbo molto frequente nell'anziano è la stipsi che ha una prevalenza di cinque-sei volte superiore rispetto al giovane adulto. La non

corretta idratazione, i farmaci assunti e la mancanza di fibre, sono fra i principali responsabili.

Con l'alimentazione si può interferire nella ge-

stione dell'alvo, questo punto diventa strategico per la qualità di vita della persona con demenza, per evitare l'uso di lassativi chimici e ridurre al minimo l'uso di clisteri evacuativi. La ragione di questo obiettivo è chiaro a tutte quelle persone che hanno visto l'effetto del lassativo su una persona che avverte dolori alla pancia e non riesce a comunicarlo, che ha lo stimolo ad evacuare ma non riesce a trovare il bagno, si sporca ed i caregiver la devono spogliare, lavare, rivestire. Non meno difficoltosa è l'esecuzione di un clistere evacuativo.

L'introduzione nella dieta di prodotti favorevoli il transito intestinale, riesce inoltre a migliorare il tono dell'umore del malato, in quanto ripristina la produzione endogena di serotonina a carico dell'intestino.

Questo mette in evidenza quanto sia importante riuscire a mantenere la regolarità dell'alvo nel modo più naturale possibile, per evitare l'insorgenza di ansie e di paure nelle persone con demenza che il più delle volte vivono l'esecuzione di un clistere come una vera e propria violenza.

Passando quindi alla stesura di un modello alimentare è necessario ipotizzare uno schema che tenga presente:

- l'equilibrio calorico
- la quantità di liquidi
- la necessità di un buon apporto di fibre
- i gusti individuali
- le abitudini alimentari
- il numero di spuntini nella giornata.

Il personale operativo presso il nucleo Alzheimer dell'Opera Pia A.E. Cerino Zegna di Occhieppo Inferiore (BI), riscontrando quotidianamente i problemi alimentari sopradescritti, ha deciso di intraprendere una prima fase di miglioramento del momento del pasto, attraverso l'inserimento del metodo alimentare M'AMA nei reparti che accoglievano le persone affette da Alzheimer.

M'AMA è il Modello Alimentazione Malati Alzheimer ricoverati in strutture di ospitalità e cura.

La giornata alimentare viene suddivisa in sei momenti, somministrati ad intervalli regolari di tre/quattro ore, attraverso mini-pasti equilibrati dal punto di vista calorico e nutrizionale.

La dieta proposta è una dieta ipercalorica, con un apporto di 2200/2400 kcal giornaliero.

Tabella I – Giornata alimentare M'AMA

Momento	Composizione tipo
Colazione	caffelatte o the, fette biscottate e marmellata o biscotti o pancarré e Nutella, burro e marmellata
Spuntino	frutta fresca o macedonia, frullato a base di frutta e latte o succo di frutta o panino dolce, associato, se necessario, alla miscela 3 oli (olio di mandorle, olio di olive, olio di paraffina in uguali quantità)
Pranzo	primo asciutto o in brodo, contorno, legumi, pane, frutta o yogurt o budino
Merenda	pancarré e nutella o pancarré e affettato o pancarré e formaggio, the o succo di frutta o acqua
Cena	secondo piatto, contorno, pane, frutta o yogurt o budino
Buona notte	barretta di cioccolato e tisana

Lo schema del progetto M'AMA prevede inoltre:

- un colloquio di entrata con i familiari, con lo scopo di individuare i gusti e le preferenze alimentari personali dell'Ospite;
- il controllo mensile del peso, compresi il calcolo di BMI e di MNA;
- laddove ritenuto necessario dall'équipe del settore Alzheimer, la definizione di uno schema dietetico individuale per ciascun Ospite;
- incontri di valutazione periodica per monitorare la situazione nutrizionale.

Purtroppo questo modello alimentare, dimostratosi estremamente efficace per molti Utenti dell'area Alzheimer, essendo innovativo ed aumentando notevolmente l'apporto calorico giornaliero, non è stato tuttavia in grado di rispondere alle specifiche esigenze di alcuni di essi in quanto:

- non riusciva a garantire il mantenimento dell'autonomia nell'alimentarsi di alcune delle persone che ne usufruivano (parte degli Ospiti continuavano infatti ad essere imboccati dal personale di assistenza);

La risposta della nostra équipe a queste do-

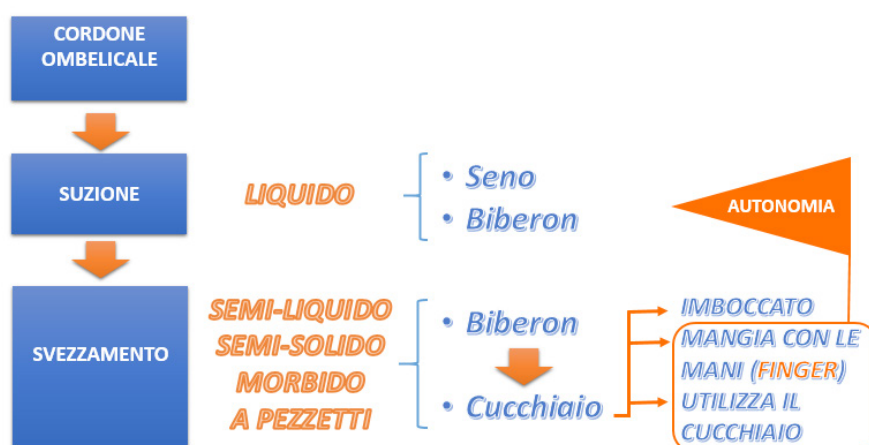
mande è stato il progetto Finger Food (di seguito FF), sviluppato partendo dalle basi poste dal progetto M'AMA.

Con il termine "finger food" (letteralmente cibo da dita) ci si riferisce ad alimenti che vengono consumati con le mani; ogni portata viene ridotta in piccole dimensioni e può essere portata alla bocca senza l'utilizzo delle posate (Soltesz, 2014).

I requisiti indispensabili del FF sono (Berry Reisberg sulla Retrogenesi, Reisberg *et al.*, 1999):

- la maneggevolezza, le mono-porzioni devono essere della giusta misura, quella di un pasticcino;
- non devono essere contenuti nei pirottini che potrebbero essere scambiati dagli utenti per cibo commestibile;
- devono essere molto appetibili;
- non devono lasciare residui sulle dita;
- devono essere nutrienti e calorici.

Gli studi attuali dimostrano che il decorso della malattia di Alzheimer, che si manifesta con più frequenza, rispecchia in ordine inverso, le sequenze di apprendimento del processo di alimentazione del bambino nel corso dei primi anni di vita (Reisberg *et al.*, 2002).



In modo molto più semplificato, gli stadi di retrogenesi di un individuo intesi come manifestazioni tipiche nell'ambito dell'alimentazione sono:

1. capacità conservata di utilizzare le posate per compiti complessi (Es. utilizzo abbinato di forchetta e coltello);
2. capacità conservata di utilizzare una posata per un compito semplice (es. utilizzo di cucchiaino);
3. capacità di alimentarsi autonomamente ma senza servirsi di posate;
4. capacità di alimentarsi con cibi solidi o semisolidi, ma non in maniera autonoma;
5. necessità di ricorrere a forme di alimentazione specifiche (prima biberon poi sistemi di alimentazione artificiale).

L'impiego del FF offre una preziosa opportunità di prolungare in modo consistente la fase 3, ossia di permettere all'individuo di continuare ad alimentarsi da solo ed in maniera efficace, anche in presenza di fattori di disturbo come l'affaccendamento ed il wandering.

Attraverso l'implementazione del progetto FF abbiamo quindi sfruttato un disturbo comportamentale che molto spesso si presenta nel decorso della malattia di Alzheimer e l'abbiamo fatto diventare una risorsa.

Proporre il FF è inoltre un modo per rispettare i principali assiomi dai quali la gestione del malato di Alzheimer non può più prescindere:

- tutti gli esseri umani vogliono evitare traumi ed umiliazioni;
- tutti gli esseri umani cercano un senso di appagamento;
- tutti gli esseri umani possiedono un senso di dignità ed autostima.

Scopo del progetto

L'alimentazione è condizionata dalle capacità cognitive, dalla presenza di disturbi comportamentali e dalle capacità funzionali, ed i pasti possono quindi diventare un momento particolarmente critico per i pazienti affetti da Alzheimer determinando nel tempo uno scarso apporto nutrizionale con conseguente perdita di peso.

È indispensabile ricorrere a strategie volte a compensare, con una logica di tipo protesico, i deficit cognitivi, comportamentali e funzionali rendendo l'alimentazione un'attività più semplice, allettante e gradevole quindi in definitiva più gratificante, perché compiuta senza dipendere dagli altri.

Attraverso l'utilizzo del FF, l'attenzione è posta al mantenimento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, stimolando e supportando la persona e promuovendo le abilità funzionali residue.

La realizzazione di un FF di successo deve tenere conto di una serie di parametri che vanno dalle caratteristiche meccaniche del cibo (consistenza, possibilità di afferrarli senza sporcarsi le dita, masticabilità) a quelle estetiche (colore, forma, fragranza, sapore), passando ovviamente attraverso la facilità di consumo da parte degli Ospiti che poi ne decretano anche il maggiore o minore gradimento. La stessa dimensione delle porzioni rappresenta di per sé una complessità da gestire, in quanto porzioni troppo piccole richiedono una elevata ripetitività di consumo, con il rischio che l'Ospite si annoi e smetta di nutrirsi, mentre porzioni troppo grandi possono essere difficili da tenere in mano e masticare. Anche la possibilità di aumentare o diminu-

ire il grado di compattezza del cibo rappresenta un aspetto da mediare, tenendo conto delle potenziali ricadute negative sull'alvo degli Ospiti derivante da un maggiore impiego di addensanti (Pouyet, 2014).

Disegno di studio

Il progetto finger-food è un'esperienza nata da un'esigenza pratica dai contorni ben definiti all'interno dei servizi dell'area Alzheimer, che nel corso dei mesi si è strutturata dotandosi non solo di un efficace metodo di progettazione e produzione materiale del FF, ma anche di una serie di strumenti di monitoraggio sanitario, che hanno permesso di tutelare dal punto di vista clinico gli Ospiti che hanno preso parte al progetto.

Il setting dello studio ha incluso:

- Ospiti frequentanti il Centro Diurno Alzheimer (CDA) della struttura Opera Pia A.E. Cerino Zegna Onlus – Occhieppo Inferiore (BI);
- Ospiti residenti presso il Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) della struttura Opera Pia A.E. Cerino Zegna Onlus – Occhieppo Inferiore (BI).

Modalità di preparazione: ricette ed ingredienti

Ogni cucina Sodexo è dotata di apposito ricettario dove sono elencati gli ingredienti, la preparazione e l'apporto di nutrienti e Kcal dei piatti normalmente serviti agli Ospiti della Residenza.

Si è dunque partiti da queste ricette, già in parte implementate dal progetto M'AMA, modificando ulteriormente le proporzioni dei vari ingredienti per ottenere preparazioni bilanciate e gustose.

Gli ingredienti utilizzati sono: pasta, riso, carne,

pesce, verdura, legumi, aromi, burro, latte e derivati, olio di oliva, oli essenziali, spezie.

L'addensante utilizzato è stata la semola di grano (semolino), perché:

- è un ingrediente naturale;
- compensa la quota dei carboidrati;
- non nasconde il gusto dell'alimento che modifica nella consistenza;
- contiene fibra.

Modificando la consistenza dei cibi, si perdono alcune caratteristiche organolettiche, ed il profumo ed il gusto fan parte di queste. Per esaltare il sapore ed il profumo, le ricette sono state quindi arricchite con alcune gocce di oli essenziali o facendo ricorso a spezie come pepe, curry, curcuma, ecc.

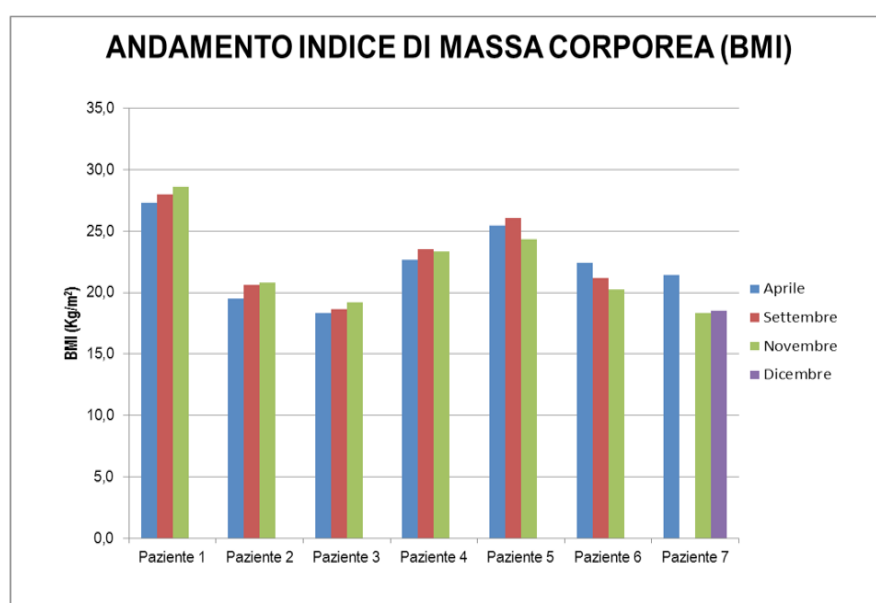
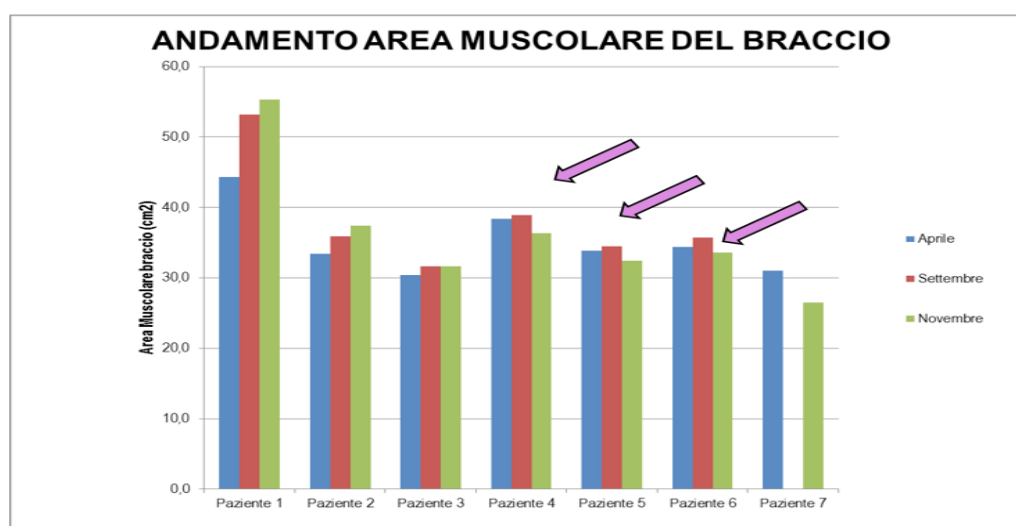
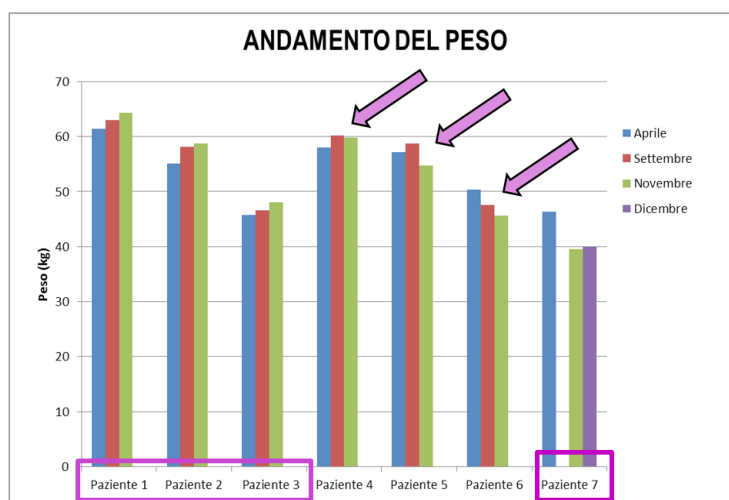
Le ricette hanno tenuto conto della stagionalità e riproposto piatti tipici del territorio, con un'attenzione particolare al rispetto dei gusti degli Ospiti in base al loro vissuto e ai loro ricordi.

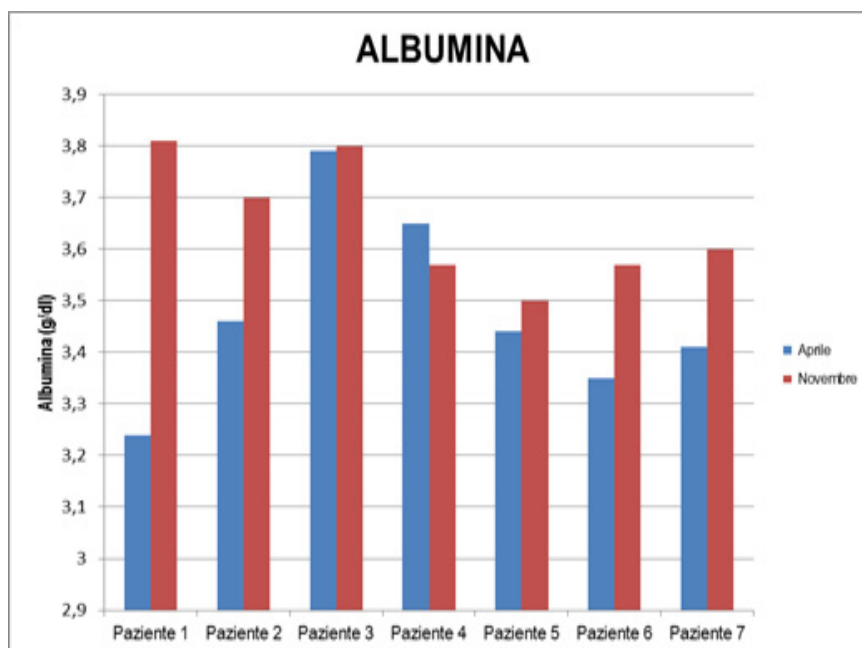
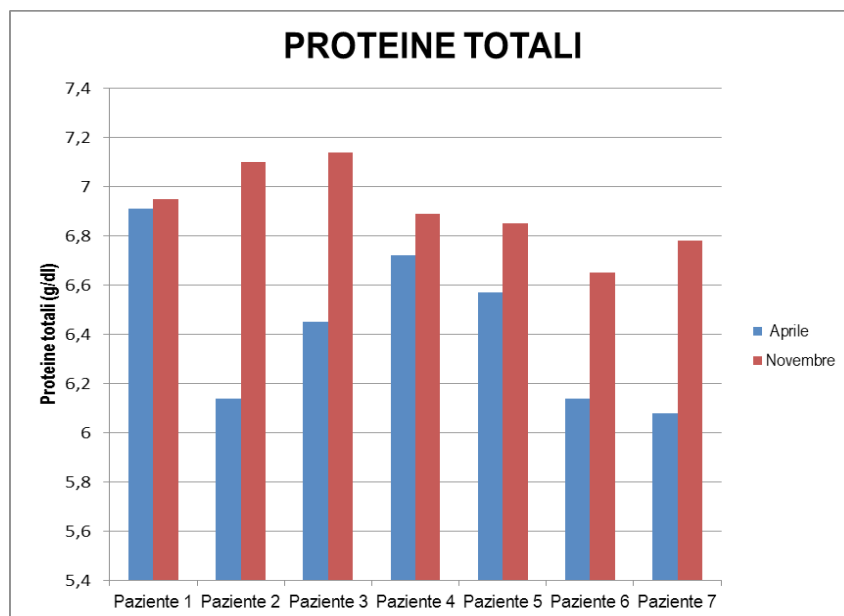
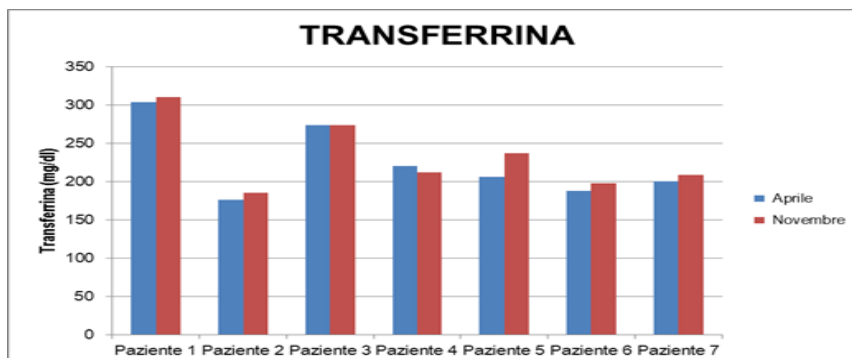
Il monitoraggio giornaliero viene effettuato attraverso un modulo appositamente studiato per poter descrivere il piatto, il numero di FF da somministrare ad ogni persona ed uno spazio dedicato ai commenti, dove il personale che ha servito il pasto può annotare quanto sia stato o meno gradito dagli Ospiti.

Risultati

I risultati della seconda fase del progetto sono riportati nelle tabelle che seguono, dove sono prese in considerazione le variazioni osservate nel periodo da aprile a novembre 2014 nei soggetti inseriti nel progetto FF.

Parallelamente, è stato condotto un monitoraggio periodico degli esami ematochimici, i cui risultati sono riportati nelle tabelle seguenti:





Conclusioni

Le Persone anziane richiedono un'attenzione particolare per quanto riguarda l'alimentazione, soprattutto se all'essere anziano si associa una forma di demenza, e questo vuol dire ricercare e sviluppare nuove metodologie nella preparazione di piatti adatti a pazienti con necessità peculiari per prevenire stati di malnutrizione.

Questo progetto ha evidenziato quanto sia complesso concretizzare nel quotidiano queste metodologie, e di quale fondamentale importanza sia la collaborazione di una figura come la dietista, punto di riferimento per tutte le scelte riguardanti l'alimentazione.

Ogni intervento, per essere efficace, deve infatti essere fatto in continua e costante sinergia con i professionisti operanti in struttura al fine di proporre pasti nutrizionalmente equilibrati ma che tengano in considerazione il vissuto delle persone, con particolare attenzione alla necessità di creare palatabilità dei cibi per gli anziani inappetenti in cui si verifica una riduzione fisiologica della percezione dei sapori, difficoltà digestive e di masticazione.

Altro aspetto fondamentale per garantire una

risposta ad un bisogno così complesso con un prodotto di qualità e cucinato con ingredienti naturali, è il coinvolgimento e la motivazione del personale di cucina, in quanto lo sperimentare ricette nuove e gustose, se da un lato rappresenta una sfida stimolante, dall'altro comporta maggiori carichi di lavoro.

Il progetto ha però fornito un'altra, importante conferma: la scelta di proporre il finger-food nei programmi di alimentazione di una struttura residenziale per malati di Alzheimer non è puramente una questione legata al benessere dell'ospite, ma anche un valido strumento per l'ottimizzazione delle risorse del personale di assistenza, in termini di tempo risparmiato che può essere dedicato ad altre attività.

Con il progetto "FINGER FOOD", oltre che delle condizioni fisiche e dello stadio della malattia, abbiamo voluto tenere conto della storia del Paziente, della sua personalità, dei suoi desideri.

Gli obiettivi più importanti che sono stati colti con questa iniziativa, sono dunque l'aver dato importanza alla soggettività e rilevanza alla dignità, cercando di garantire il più a lungo possibile l'autonomia.

Bibliografia

- 2014 Alzheimer's Disease Facts and Figures (2014) – American Alzheimer Association
- Anders Wimo, Karolinska Institutet, Martin Prince, *Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2010, The Global Economic Impact of Dementia* Published by Alzheimer's Disease International (ADI), 21 September 2010.
- Barry Reisberg, Emile H. Franssen, Liduïn E.M. Souren, Stefanie R. Auer, Imran Akram and Sunnie Kenowsky (2002), *Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: Management and treatment import*, AM J Alzheimers Dis other demen, 2002 17: 202.
- Bloudek LM, Spackman ED, Blankenburg M, Sullivan SD, *Review and meta-analysis of biomarkers and diagnostic imaging in Alzheimer's disease*. J Alzheimers Dis, 2011;26:627–45.
- Brodsky H, Arasaratnam C, *Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia*, Am J Psychiatry, 2012;169:946–53.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994), *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*, Neurology, 1994;44:2308-2314.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al., *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*, Lancet 2005; 366: 2112–2117.
- Ganguli M, Snitz BE, Saxton JA, Chang CH, Lee C, Vanderbilt J, et al., *Outcomes of mild cognitive impairment by definition: A population study*, Arch Neurol, 2011;68(8):761–7.

- Grossberg GT, Christensen DD, Griffith PA, Kerwin DR, Hunt G, Hall EJ., *The art of sharing the diagnosis and management of Alzheimer's disease with patients and caregivers: Recommendations of an expert consensus panel*, Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2010;12(1):PCC.09cs00833.
- Hanninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, Vanhanen M, Soininen H., *Prevalence of mild cognitive impairment: A population-based study in elderly subjects*, Acta Neurol Scand, 2002;106:148-54.
- Hyman BT, Phelps CH, Beach TG, Bigio EH, Cairns NJ, Carrillo MC, et al., *National Institute on Aging–Alzheimer's Association guidelines on neuropathologic assessment of Alzheimer's disease*, Alzheimers Dement 2012;8(1):1-13.
- Jack CR, Albert MS, Knopman DS, McKhann GM, Sperling RA, Carrillo MC, et al., *Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease*, Alzheimers Dement, 2011;7(3):257-62.
- Jack CR, Lowe VJ, Weigand SD, Wiste HJ, Senjem ML, Knopman DS, et al., *Serial PIB and MRI in normal, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: Implications for sequence of pathological events in Alzheimer's disease*, Brain, 2009;132:1355-65.
- Jessica H. McDaniel, Alice Hunt, Bonnie Hackes and Janet F. Pope (2001), *Impact of dining room environment on nutritional intake of Alzheimer's residents: A case study*, AM J Alzheimers dis other Dement, 2001, 16:297.
- Lopez OL, Jagust WJ, DeKosky ST, Becker JT, Fitzpatrick A, Dulberg C, et al., *Prevalence and classification of mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study*, Arch Neurol, 2003;60:1385-9.
- Manly JJ, Tang MX, Schupf N, Stern Y, Vonsattel JP, Mayeux R., *Frequency and course of mild cognitive impairment in a multi-ethnic community*, Ann Neurol, 2008;63:494-506.
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM., *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease*, Neurology, 1984(34):939-44.
- Muller M, Sigurdsson S, Kjartansson O, et al., *Birth Size and Brain Function 75 Years Later*, Pediatrics, 2014.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, et al., *Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy*, Dement Geriatr Cogn Disord, 2010;30:161-78.
- Panza F., Solfrizzi V., Giannini M., Seripa D., Pilotto A., & Logroscino G. (2014), *Nutrition, frailty, and Alzheimer's disease*, Frontiers in Aging Neuroscience, 6, Frontiers in Aging Neuroscience, 2014, Vol. 6.
- Papachristou I., Giatras N., & Ussher M. (2013), *Impact of Dementia Progression on Food-Related Processes*, American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 28(6), 568-574.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E., *Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome*, Arch Neurol, 1999;56:303-8.
- Popa-Wagner A., Buga A., Popescu B., Muresanu D. (2013), *Vascular cognitive impairment, dementia, aging and energy demand. A vicious cycle*, J Neural Transm, DOI 10.1007/s00702-013-1129-3.
- Pouyet V., Giboreau A., Benattar L., & Cuvelier G. (2014), *Attractiveness and consumption of finger foods in elderly Alzheimer's disease patients*, Food Quality and Preference, 34, 62-69.
- Prince M., Bryce R. & Ferri C. (2011), *World Alzheimer Report 2011: The benefits of Early Diagnosis and Intervention*, Alzheimer's Disease International.
- Reisberg B (1988), *Functional assessment staging (FAST)*, Psychopharmacology Bulletin, 24:653-659.
- Reisberg B., Franssen E., Hasan S., Monteiro I., Boksay I., Souren, L. Kluger A. (1999), *Retrogenesis: Clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249(3), S28-S36.
- Soltész KS (1993), *'Finger foods help those with Alzheimer's maintain weight'*, Journal Of The American Dietetic Association, 93, 10, p. 1106, Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 5 November 2014.
- Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al., *Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease*, Alzheimers Dement, 2011;7(3):280-92.
- Spindler, Audrey A., Renvall, Marian J., Nichols, Jeanne F., & Ramsdell, Joe W. (1996), *Nutritional Status of Patients with Alzheimer's Disease: A 1-Year Study*, Journal of the American Dietetic Association, 96(10), 1013-1018.
- Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, et al., *The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: A randomized, controlled trial*, Ann Intern Med, 2006;145(10):713-26.
- Villemagne VL, Burnham S, Bourgeat P, Brown B, Ellis KA, Salvado O, et al., *Amyloid deposition, neurodegeneration, and cognitive decline in sporadic Alzheimer's disease: A prospective cohort study*, Lancet Neurol, 2013;12(4):357-67.
- Voisin T, Vellas B., *Diagnosis and treatment of patients with severe Alzheimer's disease*, Drugs Aging, 2009;26(2):135-44.

Il naso di Pinocchio

» Nicoletta Bocca e Rosella Rasori

Negli ultimi anni l'approccio alla malattia di Alzheimer ha lasciato spazio alle cosiddette attività complementari non farmacologiche, abbracciando una visione olistica del percorso di cura ed accompagnamento della persona demente.

Lo scopo consiste nel sostenere ed attivare quelle funzioni cognitive e relazionali non completamente deteriorate, intervenendo sulle potenzialità residue, senza dimenticare che stiamo parlando di malattia progressiva e degenerativa.

Queste attività si caratterizzano per il coinvolgimento attivo della persona e si fondano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue su cui fondare l'intervento così da massimizzare la capacità a mantenere ruolo e autonomia ed agevolare il miglior adattamento.

Il Cerino Zegna da anni sperimenta attività di sostegno alla persona affetta da demenza, quali **l'ortoterapia**, la **pet-therapy**, la **musicoterapia**, i **laboratori occupazionali** personalizzati, **l'ambiente protesico**, la **doll-therapy** e la **stimolazione sensoriale** all'interno della stanza bianca o Snozelen.

Dal 2004, all'interno del Reparto Alzheimer, è attiva una stanza di stimolazione multisensoriale finalizzata alla ricerca di nuove strategie relazionali con la persona affetta da demenza e, in modo particolare, alla comprensione e gestione dei disturbi del comportamento.

La "Stanza bianca" è allestita con una palla a specchio ed un proiettore che insieme diffondono luci colorate alle pareti, un tubo a bolle, fibre ottiche, un diffusore di profumi ed uno stereo per garantire un'adeguata copertura sensoriale. La semi-oscurità e le luci diffuse creano un ambiente uterino, contemporaneamente rilassante e stimolante a seconda delle esigenze del paziente che

contribuisce attivamente alla connotazione della seduta, partendo dai suoi bisogni.

È un ambiente che dà sicurezza e continuità e permette un investimento emotivo personalizzato sui materiali presenti. La possibilità di inserire stimoli, legati alla storia di vita della persona ed alle esigenze del momento specifico di malattia, ci ha spinti a sperimentare nuovi materiali sensoriali. Elementi legati alla natura quali sassi di fiume, fiori secchi, semi, ecc., strumenti che producono rumori continui e rilassanti come carillons e bastoni della pioggia, hanno permesso di arricchire e personalizzare le sedute.

A questo proposito si è voluto approfondire l'utilizzo del canale olfattivo, per ampliare la relazione utilizzando gli idrolati. Essi si ottengono con la distillazione di alcune piante in corrente di vapore, questo procedimento permette di estrarre da vegetali scelti i principi attivi che finiscono in parte nell'olio essenziale ed in parte nell'acqua aromatica.

Gli idrolati presentano notevoli vantaggi rispetto agli oli essenziali essendo sicuri e privi di tossicità. Possono quindi essere inalati, ma anche essere utilizzati sul corpo senza rischio di reazioni allergiche. Per questa loro caratteristica di assenza di effetti collaterali sono adatti alle persone anziane, ai bambini ed alle donne in gravidanza.

Gli stimoli olfattivi, agendo sul sistema nervoso centrale, entrano in contatto con la parte più antica del cervello, il sistema limbico, sede delle emozioni e dell'inconscio, e possono generare memorie associative che durano a lungo nel tempo, per questo sono così potenti ed evocativi: **la percezione di un odore contiene in sé tutta l'energia di una realtà esistenziale in quanto i ricordi che può far emergere o le reazioni che può suscitare hanno uno spessore ed un'intensità tali da rendere vivide anche esperienze molto lontane, risvegliando energie creative profonde o interessanti stati di rilassamento** (v. *Bibliografia allegata*).

PROGETTO

Il progetto "Il naso di Pinocchio" si basa sull'esperienza olfattiva degli idrolati in stanza bianca

per diminuire il livello di stress e per provocare sensazioni di piacere collegate alle memorie e alle immagini emozionali associate al profumo. La respirazione di essenze naturali stimola risposte positive a livello fisico, mentale ed emotivo inducendo nella persona uno stato generale di benessere. Gli idrolati sono acque aromatiche prive di alcool e di qualsiasi sostanza artificiale che con il loro aroma delicato attivano le risorse relazionali e fanno emergere ricordi, riportano in superficie elementi di un passato lontano e aprono nuovi canali di comunicazione.

OBIETTIVO

Partendo dal presupposto che gli idrolati agiscono a livello psico-emozionale ed energetico, si vuole verificare se sarà possibile indurre stati d'animo positivi e di benessere al fine di arricchire il lavoro di cura assistenziale.

MONITORAGGIO

Per il monitoraggio e la valutazione, di efficacia e gradimento, dell'intervento di stimolazione sensoriale del progetto, si è applicata agli ospiti selezionati la scheda AARS, con punteggio prima e durante la seduta.

Tabella – Item dell'Apparent Affect Rating Scale (AARS) di Lawton et al.

	0	1	2	3	4	5
Periodo di osservazione: 5 minuti	Non applicabile	Mai	Meno di 16 secondi	16-59 secondi	1-2 minuti	Più di 2 minuti
Piacere Segni: ridere, sorridere, ricercare il contatto con l'altro, rivolgersi all'altro in modo caloroso, baciare, cantare, rispondere al suono di una melodia. Espressioni di piacere						
Rabbia Segni: aggressione fisica, urlare, imprecare, rimproverare, agitare i pugni, digrignare i denti, corrugare la fronte, socchiudere gli occhi, fare gesti a distanza. Espressioni di rabbia						
Ansia/paura Segni: strillare, chiamare aiuto, irrequisitezza, sussultare, fare smorfie, movimenti ripetitivi, tremore, respiro affannato, occhi spalancati, tensione dei muscoli facciali, affaccendamento. Espressioni di ansia/paura						
Depressione/tristezza Segni: pianto, lacrimazione, corrucciamento, lamenti, sospiri, amimia, sguardo rivolto verso il basso. Espressioni di tristezza						
Interesse Segni: partecipazione a compiti, mantenimento del contatto visivo, seguire con lo sguardo oggetti o persone, guardarsi intorno, rispondere dicendo qualcosa, voltarsi verso una persona o un oggetto						

METODOLOGIA/INDAGINE

La metodologia consiste nel fornire differenti stimoli olfattivi a pazienti con abilità cognitive e relazionali compromesse in modo grave ed osservarne le reazioni.

Per poter offrire variegati tipi di odori, si utilizzano gli idrolati, comunemente detti acque aromatiche.

La durata della fase sperimentale del progetto è stata di 3 mesi (novembre 2015-febbraio 2016), con due incontri alla settimana da 2 ore ciascuno.

Il progetto si è avvalorato di una iniziale formazione per tutta l'équipe operante al nucleo Alzheimer dell'Opera Pia Cerino Zegna Onlus, tenuta dalla Naturopata Rosella Rasori.

Gli ospiti: sono stati coinvolti n. 4 anziani, selezionati in base a criteri che permettessero di individuare dei punti sensibili sui quali intervenire con il profumo:

- Espressività della mimica facciale
- Rigidità tonica
- Agitazione ed affaccendamento
- Apatia.

Maria è in culla non in grado di esprimersi verbalmente o di svolgere attività, Teresa è in carrozzina e presenta agitazione motoria, Lisetta è in carrozzina con produzione paraverbale molto limitata e gesti afinalistici e infine Laura che riesce a pronunciare brevi frasi di senso compiuto ma è in culla e non riesce a muoversi.

Nota: i parenti degli ospiti scelti sono stati informati e qualcuno di loro ha assistito ad una delle sperimentazioni.

Le sedute si sono svolte all'interno della stanza multisensoriale, inizialmente condotte dalla Psicomotricista Nicoletta Bocca e dalla Naturopata Rosella Rasori.

Il tempo di intervento su ogni ospite si è stabilito di mezz'ora.

La difficoltà iniziale si è riscontrata nel fatto che gli ospiti non essendo più abituati ad utilizzare il senso dell'olfatto aprono la bocca quando si avvicina la bottiglietta al loro naso e non respirano l'aroma, giunge a loro più che altro per dispersione.

Dopo 4 sedute dato che gli ospiti continuano ad aprire la bocca quando vedono la bottiglietta avvicinarsi e alcuni di loro tentano di afferrarla per berne il contenuto, si decide di provare a far respirare l'idrolato attraverso un panno di stoffa imbibito di acqua profumata.

Si tagliano delle strisce di pile, poiché è un tessuto che assorbe e rilascia la profumazione meglio di altri, e si aiutano gli ospiti ad avvicinare la striscia al naso, a passarla sul viso, a tenerla in mano.

Il risultato però è scarso in quanto gli ospiti non gradiscono essere rinfrescati in volto, la profumazione si perde molto rapidamente e diventa

difficoltosa l'azione di avvicinamento verso il viso. La seduta successiva riprende quindi con le bottigliette decidendo di alternare l'attività, sollecitando gli ospiti a respirare dal naso, mostrando loro come si fa, cercando di tenere la bottiglia leggermente più lontana e permettendo loro di afferrarla pur mantenendone la presa.

I primi riscontri: durante i primi 6 incontri gli ospiti hanno respirato diversi tipi di idrolato e l'attenzione degli operatori si è incentrata sulla reazione di gradimento o meno che questi hanno manifestato.

Sono stati testati per ogni persona n. 12 idrolati con la seguente modalità: durante le sedute, vengono eliminati dalla stanza gli elementi di possibile distrazione come bambole o altri oggetti, viene accesa una luce centrale e vengono spente le altre fonti luminose.

Le bottigliette di idrolato vengono messe sul calorifero per riscaldarne il contenuto ed accentuare così la fragranza una volta aperte e si procede facendo respirare all'ospite un idrolato per volta (fino a un massimo di cinque a seduta) direttamente dalla bottiglietta.

Notiamo sin da subito che la reazione è personale e soggettiva: mentre un idrolato può non suscitare alcun interesse per un ospite, può invece venire apprezzato o rifiutato da un altro.

Quando la profumazione non piace l'ospite rimane fermo qualche secondo e poi gira la testa nella direzione opposta a quella da cui proviene l'aroma.

In caso di gradimento rileviamo piccoli gesti come toccarsi il naso, aprire e chiudere la bocca come a voler succhiare qualcosa e il fermarsi ad "ascoltare" il profumo per qualche secondo; quin-

di tendono a seguire la scia profumata seguendo con la testa gli spostamenti della bottiglietta se il profumo li aggrada oppure, nel caso opposto, se ne allontanano decisamente.

È comune a tutti gli ospiti però la sorpresa di sentire gli odori e manifestano lo stupore rimanendo immobili per qualche istante con espressioni facciali serie fermando i movimenti delle mani e delle braccia senza curarsi di ciò che avviene intorno, a volte chiudendo istintivamente gli occhi per permettere all'essenza di giungere meglio al loro interno.

Al termine dei primi sei incontri è stato possibile identificare l'idrolato preferito di ogni ospite in base al comportamento osservato.

Le reazioni di piacere si concretizzano in movimenti ritmici di piedi e gambe, risa, sorrisi, aumento dei suoni verbali, dondolio per l'ospite in culla (Maria); sono espressioni verbali positive e sorrisi e partecipazione per l'ospite in grado di comunicare (Laura); sono aumento della produzione paraverbale e rilassamento delle tensioni facciali per l'ospite in carrozzina (Lisetta); sono cantilene e arresto dei movimenti di affaccendamento per l'altro l'ospite in carrozzina (Teresa).

L'idrolato scelto è coerente con la condizione in cui si trovano gli ospiti i quali possono ricevere dalla respirazione di un aroma un effetto tonificante oppure un sensazione rilassante: Maria preferisce la menta (energizzante), Lisetta gradisce la salvia (rilassante), Teresa desidera respirare la rosa (rilassante) e a Laura piace la lavanda (rilassante).

Si è verificato che dopo la scelta di un idrolato rilassante gradito all'ospite, proporre e sostitu-

ire il precedente con un'essenza energizzante scatena reazioni di nervosismo e aggressività. Perciò la sperimentazione continua utilizzando per ogni ospite esclusivamente l'idrolato preferito dopo i test di valutazione.

OSSERVAZIONI

L'osservazione complessiva basata sulle risposte ottenute da tutti e quattro gli ospiti, ha permesso le seguenti considerazioni: gli ospiti manifestano al momento dell'ingresso in stanza bianca una totale indifferenza per la presenza o meno di altri soggetti ma durante la respirazione del profumo si alza la soglia di attenzione ed è possibile interagire in modo più diretto e intenso.

Attraverso la somministrazione dell'idrolato gli ospiti ricevono degli stimoli che permettono un contatto visivo e il mantenimento dello stesso per diversi secondi e in alcuni casi anche per diversi minuti.

I volti e le posture cambiano e durante l'inalazione i muscoli facciali si distendono e anche la rigidità muscolare delle braccia e delle gambe subisce una leggera decontrattura.

A livello verbale la produzione di suoni aumenta con modulazioni che ricordano litanie, ninne nanne e il balbettio acquista un ritmo diverso. I sorrisi e le risate diventano più frequenti.

Il linguaggio del corpo attraverso la masticazione, il dondolio, la mimica facciale mostra come

Il senso dell'olfatto viene risvegliato e con esso l'emozionalità legata ai profumi.

L'idrolato diventa un filo che scorre tra operatore e ospite e aumenta la possibilità di interagire.

Il profumo aiuta gli ospiti ad uscire dal loro mondo per permettere loro di riconnettersi an-

che per qualche minuto soltanto alla realtà e la relazione empatica viene amplificata dall'essenza.

Gli idrolati quando vengono inalati forniscono vitalismo sia che si tratti di una profumazione rilassante sia che si tratti di una tonificante. Per vitalismo si intende energia ritrovata non solo a livello fisico ma anche come recupero di ricordi, di emozioni e relazioni. L'idrolato è un mediatore tra il mondo sommerso e il mondo esterno e la respirazione aromatica riattivando l'olfatto è in grado di portare stimoli cerebrali e risvegliare risorse latenti ma ancora presenti.

La Sig.ra Lisetta: ha mostrato un atteggiamento molto diverso dall'inizio delle sedute alla fine delle stesse. Le prime volte in stanza bianca manifesta timore, si guarda intorno preoccupata, cerca di afferrare oggetti, cerca di alzarsi dalla carrozzina, il volto è teso. È difficoltoso farle respirare l'idrolato perché si muove continuamente cercando di guardare dietro le proprie spalle, ascoltando le voci esterne. Il profumo che gradisce è la salvia e quando riesce a respirarla dalla bottiglietta inizia a masticare. Solo dopo qualche seduta comincia ad essere più a suo agio e il volto, con l'esperienza sensoriale, si rilassa. L'espressione facciale cambia e cominciano i sorrisi e anche le risate. Si ha l'impressione che il profumo le ricordi qualcosa di piacevole perché più volte accenna a muoversi come a voler ballare, batte le mani, canticchia. Segue con lo sguardo l'operatore e dietro domande precise risponde coerentemente. La mimica facciale subisce un profondo cambiamento: da teso e rigido il volto diventa disteso ed espressivo. Un'operatrice di reparto che esprime una certa difficoltà nella relazione con Lisetta proprio a causa di questa fissità del volto e per l'atteggiamento di timore che l'ospite manifesta verso ciò che la circonda, assiste ad una seduta e riferisce il suo stupore nel vederla così "loquace", rilassata e in grado di interagire con l'altro.

La Sig.ra Teresa: durante le sedute di stimolazione olfattiva il grado di agitazione di Teresa si è ridotto: l'ospite entra in stanza bianca cercando di afferrare oggetti, provando a spogliarsi e ad alzarsi e utilizza un tono di voce molte volte aggressivo. Con la somministrazione dell'idrolato si ferma e si concentra completamente sul profumo. La respirazione è profonda e lentamente il tono

della voce si abbassa e la produzione verbale diventa una sorta di cantilena simile ad una ninna nanna. Teresa tiene gli occhi chiusi e afferra con entrambe le mani la bottiglietta entrando in una sorta di spazio personale dove le uniche parole di senso compiuto che vengono pronunciate sono: "mamma" "si si si" "bello" "ecco, ecco" "dammelo". La seduta potrebbe prolungarsi oltre il tempo scelto e decidere di interrompere diventa difficoltoso perché l'ospite non si stanca di annusare. L'attività viene vissuta come una piacevole coccola entro la quale è bello perdersi. L'espressione facciale da corruciata diventa più distesa e Teresa si tranquillizza mantenendo però una mimica triste, sono pochi i sorrisi mentre si mantiene il contatto fisico perché cerca la mano dell'operatore per accarezzarla e baciarla. L'attività sensoriale viene vissuta come una dolce parentesi perché una volta uscita dalla stanza bianca l'affaccendamento riprende con tempi più o meno lunghi. Alcune operatrici del reparto riferiscono di notare che il senso di calma a volte permane anche per un'oretta mentre altre volte svanisce rapidamente.

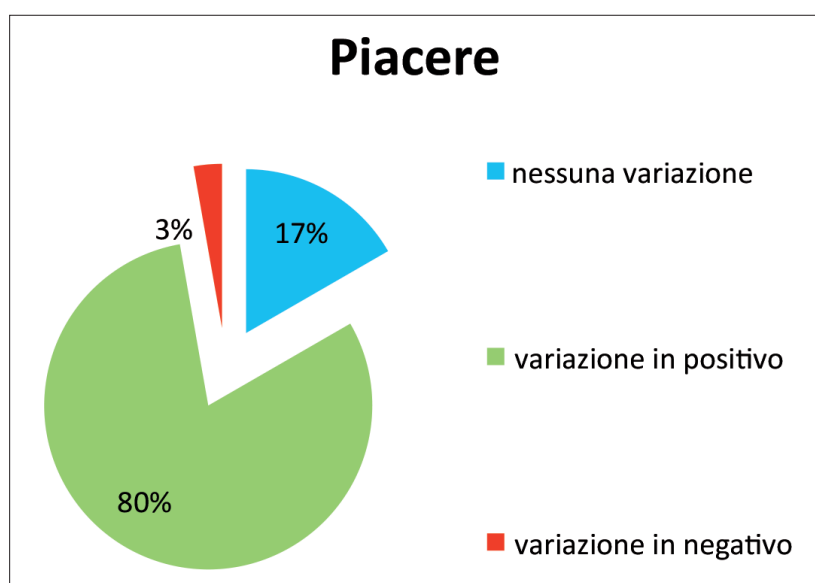
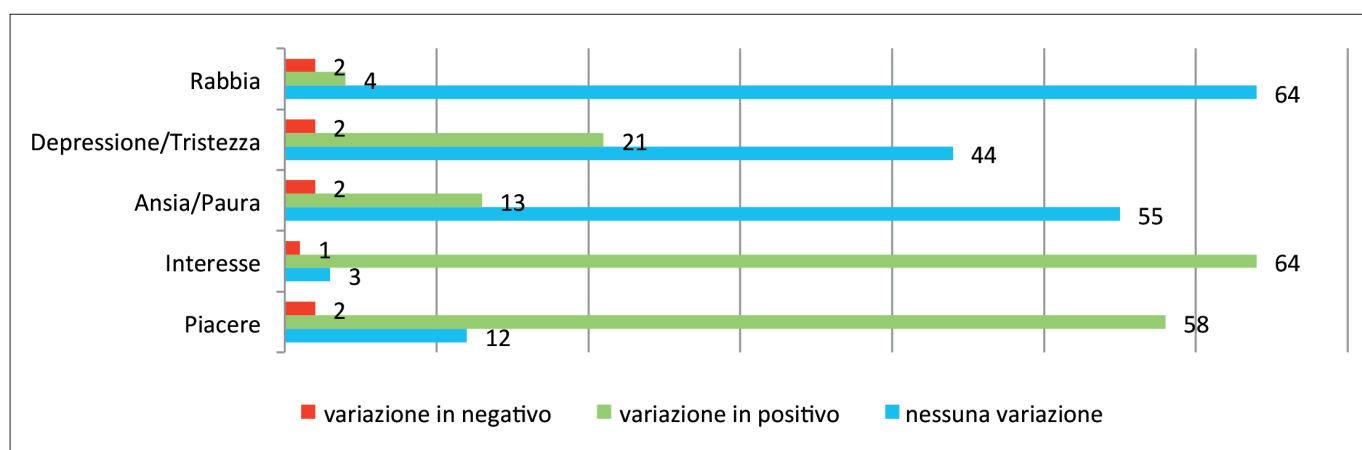
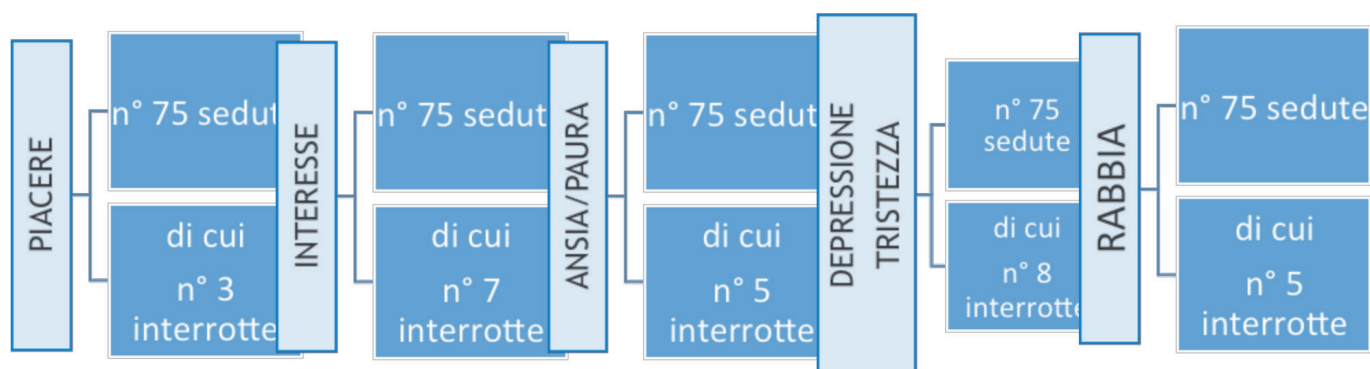
La Sig.ra Laura: ha gradito l'attività mostrando loquacità e gesti affettuosi verso l'operatore col quale interagisce meglio. L'atteggiamento di chiusura che manifesta costantemente tenendo le braccia conserte e succhiando il dito è stato sostituito da una gestualità che le ha permesso di essere meno rigida nelle braccia. Le mani anziché essere rivolte sempre verso il proprio viso sono state in grado di reggere la bottiglietta e di portarla al naso da sola. Laura ha riscoperto il senso dell'olfatto respirando profondamente dal naso il profumo mentre all'inizio apriva la bocca e non inalava l'aroma. Più volte si è espressa verbalmente per comunicare il proprio apprezzamento verso l'aroma prescelto (la lavanda) e nel complesso si è notato un miglioramento dello stato d'animo: risa, invito al gioco, allo scherzo, alla partecipazione verbale, al contatto fisico attraverso carezze e baci.

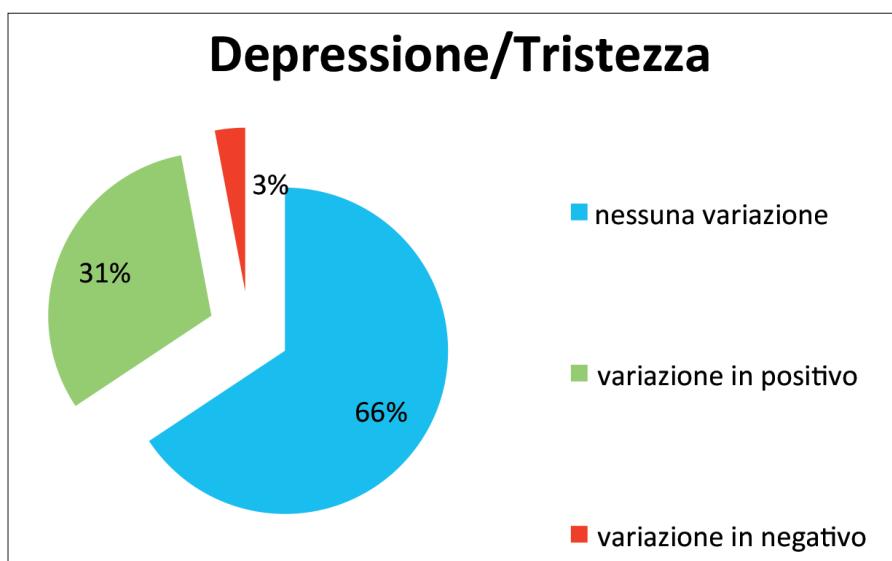
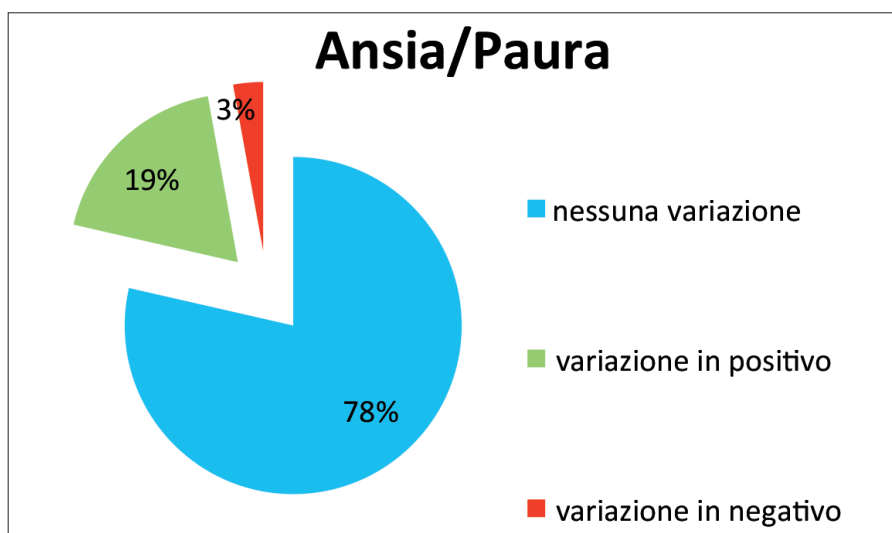
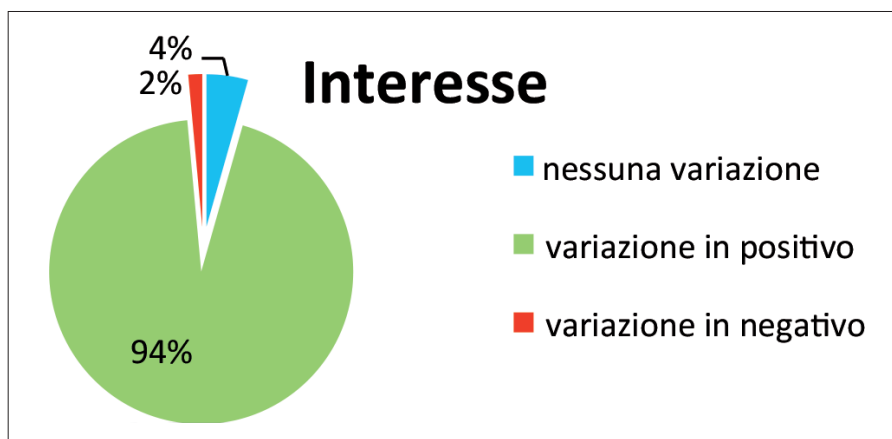
La Sig.ra Maria: l'attività sensoriale ha dato come risultato delle reazioni evidenti in una situazione di stanchezza e apatia cronica. Maria ha gradito e scelto un idrolato energizzante, la menta, e le risposte allo stimolo olfattivo sono state: dondolio dei piedi, movimenti delle mani, risa e sorrisi. La respirazione appena percepita all'inizio ha lasciato il posto a respiri lunghi e profondi e Maria ha mostrato la propria contentezza aumentando la produzione paraverbale. La sua mimica facciale poi non ha lasciato dubbi sul gradimento circa il profumo. Anche la figlia, che ha assistito ad una seduta ha confermato di vedere la mamma più recettiva, in grado di collaborare all'attività con le capacità residue a disposizione.

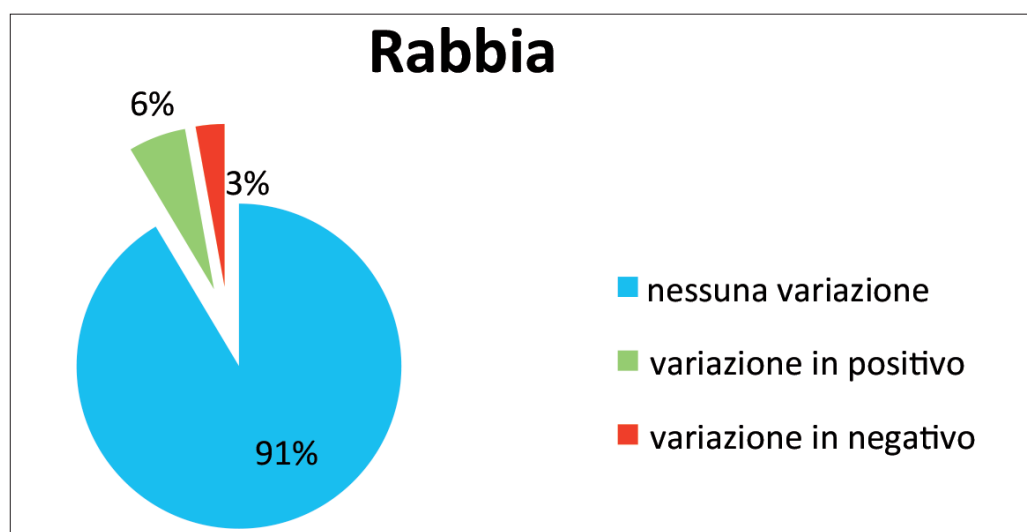
Indicatori

Sedute totali n. 75 di cui alcune sospese o con esiti non completi per tutte le voci considerate, come riportato:

Si riportano qui di seguito i dati elaborati sul totale delle sedute:







Bibliografia

- Bocca N. (2004), *"Riabilitazione Oggi" Stanza bianca e stimolazione plurisensoriale: studio di efficacia con anziani affetti da demenza*.
- Bosson L., Dietz G. (2005), *L'hydrolat therapie*, Editions Amyris, Bruxelles.
- Dalla Via G. (2008), *Aromaterapia*, Ed. Red, Milano.
- Price S., Price L. (2003), *Trattato di Aromaterapia*, Ed. Red, Novara.
- Rasori R. (2015), *Gli idrolati. Acque che curano*, 2015, Ed Macrolibrasi.
- Valussi M. (2005), *Il grande manuale dell'aromaterapia*, Tecniche Nuove, Milano.

Il metodo Validation e il suo impiego in C.R.A.

» Lucio Tondi e Valeria Ribani

Il metodo Validation nasce grazie a Naomi Feil negli anni Settanta. Naomi Feil operava in una struttura per anziani di proprietà familiare a Cleveland, negli Stati Uniti, dove riscontrò la profonda difficoltà di applicare il metodo ROT ai soggetti con livelli più severi di demenza. Feil osservò, poi, che anche anziani con cognitività relativamente conservata erano restii a sottoporsi agli esercizi d'orientamento perché non accettavano di essere messi di fronte ai propri limiti causati dal deficit cognitivo. Pertanto, sulla base di una lunga esperienza "sul campo", si convinse che anche altri elementi intervengono ad influenzare l'insorgenza e l'evoluzione della malattia. In particolare, osservò che i sintomi psico-comportamentali legati alla demenza si sviluppano soprattutto in presenza di eventi traumatici precedenti, o quando la persona, nel corso della vita, matura una personalità che si potrebbe definire premorbosa, o, ancora, quando le problematiche della vita sono state affrontate mediante l'adozione di soluzioni poco flessibili, se non particolarmente rigide, o stereotipate.

L'elemento più straordinario, per la sua originalità teorica e le sue potenzialità applicative,

del metodo Validation sta nel concetto che gli anziani affetti da demenza, cui si può associare un comportamento inappropriato rispetto alla "nor-

malità", possono essere visti anche come individui impegnati in un colloquio molto intimo diretto a risolvere un normale compito connesso con lo sviluppo e l'evoluzione della loro esistenza.

Il metodo nasce, quindi, proprio dalla necessità di comprendere il mondo interiore del malato di demenza ed i suoi comportamenti inadeguati definiti "disturbanti", collocando la realtà della malattia nella storia personale del paziente. Esso è indirizzato principalmente ai pazienti molto anziani, che soffrono anche di un'importante perdita funzionale globale responsabile di *vulnus* importanti della propria autostima, che spesso sfociano in rabbia, negazione delle perdite, depressione ed altre emozioni e sentimenti negativi.

Validation si può definire un metodo di comunicazione con la persona affetta da demenza. L'approccio di base del metodo prevede una modalità di relazione col malato fondato sulla piena accettazione della persona disorientata a cui si riconoscono le competenze residue e di cui si comprendono le emozioni ed i bisogni che si esprimono con modalità di comunicazione proprie della malattia. Si tratta di mettere in campo una relazione paritaria e, quindi, "una comunicazione di successo".

In effetti le terapie di ri-orientamento nella realtà, la reminiscenza, le molte tecniche di stimola-

zione cognitiva utili in certe fasi della malattia, sono armi spuntate nella demenza moderata/severa in quanto si scontrano con le modalità comunicative di questi pazienti, che si esprimono spesso attraverso simboli o canali emotivi non verbali. Il metodo Validation, invece, si può impiegare in tutte le fasi della malattia, e vede privilegiata l'applicazione soprattutto nei confronti degli ultraottantenni.

Il metodo si può rappresentare come un triangolo: un vertice afferisce all'atteggiamento di base, un altro al bagaglio teorico che attinge dalle discipline psicosociali, un terzo vertice fa riferimento alle tecniche, molte delle quali mutate dalla PNL e dallo studio di Richard Bandler e John Grinder, relative alle forme diverse di "linguaggio".

Il metodo Validation utilizza sia interventi individuali sia sedute di gruppo, ma è molto importante applicare sempre l'approccio di base. L'operatore Validation impara ad ascoltare e, attraverso la **calibrazione**, sa riconoscere le emozioni attraverso segni visibili: insomma non percepisce solo con gli organi fisici di senso, ma anche con l'intelligenza emotiva, che "sintonizza" su quella della persona disorientata. L'**empatia** è lo strumento che permette all'operatore la comprensione del mondo del paziente, senza tentare di correggerlo e di orientarlo in una realtà di cui ha perso i principali parametri. L'atteggiamento convalidante, dunque, pone la persona al centro della relazione e si basa sull'assenza di pregiudizio, sul rispetto formale e sostanziale derivante dall'accettazione della realtà del malato, sul calore umano attraverso la metacomunicazione, sull'autenticità, intesa come interesse sincero per la persona disorientata.

Naomi Feil, poi, ha classificato il disorientamento in 4 fasi:

- fase 1: detta dei disturbi dell'orientamento, ossia con alterazioni della realtà, ma con mantenimento del linguaggio,
- fase 2: detta della confusione temporale che facilita il rifugio nel passato che va a confondersi con il presente,
- fase 3: detta dei movimenti ripetitivi, ossia quando l'alterazione della percezione cinestetica legata al grave deterioramento cognitivo altera la posizione del corpo nello spazio, con comparsa di movimenti corporei inadeguati e gravi deficit del linguaggio verbale,
- fase 4: detta della vita vegetativa con tale compromissione delle abilità funzionali e cognitive da portare all'allettamento.

Ad ogni fase corrispondono tecniche specifiche di comunicazione verbale e non verbale che si devono usare sulla base della capacità di calibrazione acquisite dall'operatore o dal familiare.

La formazione alla base del metodo Validation prevede tre livelli, e consente a tutti gli operatori ed ai familiari di apprendere le modalità principali di comunicazione, consentendo un cambiamento culturale proprio "dal basso". Alle lezioni teoriche seguono, durante i percorsi formativi, tirocini con verifiche sul campo, che consentono di testare il cambiamento dell'atteggiamento e l'acquisizione delle capacità comunicative acquisite. In sintesi potremmo affermare che il metodo Validation intende migliorare il **benessere** psicologico del paziente attraverso tecniche riabilitative che si incentrano su elementi **emozionali, affettivi, multisensoriali, ottenendo conseguentemente una riduzione dei BPSD**. Tutto ciò corri-

sponde al principio olistico e di unitarietà dell'organismo umano: ognuno si esprime in egual misura e in egual valore, sia con la cognitivà che con le emozioni.

Dal 1996 al 2000 la percentuale degli ospiti dell'Istituto Giovanni XXIII con demenza grave associata a disturbi comportamentali, quali agitazione psico-motoria, wandering, aggressività, inversione del ritmo sonno-veglia, si è sempre mantenuta intorno al 30% del totale degli utenti. Già allora si prevedeva un inevitabile incremento di questi malati e dei ricoverati in struttura protetta. Inoltre non si poteva non considerare che si era in presenza di persone, verso le quali i sentimenti prevalenti erano generalmente di paura o di fastidio, da parte degli altri ospiti, di dolore o di frustrazione, da parte dei caregiver familiari e professionali.

Nell'anno 2000 presso l'Istituto Giovanni XXIII si è cercato di affrontare questa problematica attraverso l'introduzione del metodo Validation. Questa iniziativa, nata come progetto sperimentale grazie alla spinta decisiva delle due professioniste dell'Istituto precedentemente diplomate si operatrici Validation di 1° livello, si è ben presto radicata promuovendo la formazione fino ad arrivare a disporre di operatori di primo e secondo livello, nonché di due operatrici di 3° livello (abilitate all'insegnamento).

L'ASP Giovanni XXIII, successivamente confluita nell'ASP Città di Bologna, pratica il metodo Vali-

dation, dunque, dal 2001 attraverso protocolli di trattamento definiti e sperimentati che prevedono cicli di sedute individuali e di gruppo per ospiti disorientati con BPSD.

Le caratteristiche degli ospiti coinvolti:

- deterioramento cognitivo: moderato-severo
- presenza di gravi disturbi comportamentali
- indifferentemente femmine e maschi
- età: ultraottantenni.

La metodica:

- 2 cicli trimestrali di sedute individuali e/o di gruppo (all'inizio ed alla fine dell'anno)
- somministrazione ai partecipanti di NPI all'inizio (T_0) ed alla fine (T_1) del ciclo di sedute individuali e/o di gruppo
- somministrazione ai partecipanti di MMSE all'inizio (T_0) ed alla fine (T_1) del ciclo di sedute individuali e/o di gruppo.

Uno studio effettuato presso la RSA Saliceto dell'ASP Giovanni XXIII del 2007 su 60 anziani (pubblicato su "Archives of Gerontology and Geriatrics" n. 44/2007, pp. 407-412) evidenziò che il metodo Validation è in grado di ridurre la frequenza e la gravità dei BPSD e, al contempo, lo stress dei caregiver professionali e familiari.

Oggi, infine, l'ASP Città di Bologna è anche in grado di fornire percorsi di formazione a tutti gli interessati che potranno ricevere il diploma di operatore dal Validation Training Institute, sezione Europa.

Le terapie non farmacologiche

L'innovazione nelle pratiche di cura domiciliare nel disturbo neurocognitivo lieve

» Floriana De Vanna

I Disturbi Neurocognitivi

I Disturbi Neurocognitivi (DNC) possono essere considerati una grande categoria di Disturbi, in cui il deficit clinico primario risiede nella funzione cognitiva. Tale compromissione non si presenta dalla nascita o in fasi precoci della vita, rappresentando un declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento. I Disturbi Neurocognitivi all'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (V edizione) rappresentano una categoria diagnostica eterogenea, la quale comprende diversi sottotipi eziologici (come ad esempio il DNC dovuto a Malattia di Alzheimer o DNC fronto-temporale). In relazione al loro grado di gravità, determinato dal decorso temporale, dagli specifici domini neurocognitivi colpiti e dai diversi sintomi ad essi associati, essi vengono classificati in: DNC Maggiore e DNC lieve. Si sottolinea come il termine "Disturbo Neurocognitivo" sia ampiamente utilizzato e spesso preferito per quelle condizioni che colpiscono gli individui più giovani.

Il Disturbo Neurocognitivo Lieve

Per diagnosticare un Disturbo Neurocognitivo Lieve (DSM-V), è necessario che vengano rispetta-

ti alcuni criteri diagnostici. Il primo criterio (A), è rappresentato dalla rilevazione di un modesto declino cognitivo, rispetto ad un precedente livello di funzionamento in uno o più dei seguenti domini cognitivi:

- attenzione complessa (in cui per esempio la persona incontra maggiori difficoltà nell'espletamento di compiti prima svolti con semplicità o anche nel rallentamento percepito durante lo svolgimento contemporaneo di due compiti);
- funzione esecutiva (manifestata ad esempio nella fatica a riprendere un'attività dopo averla interrotta oppure nell'aver la sensazione di una maggiore stanchezza dovuta ad uno sforzo aggiuntivo che la persona effettua per organizzare, pianificare e prendere decisioni);
- apprendimento e memoria (ne sono esempi il non riuscire a ricordare eventi recenti legati ad azioni quotidiane, come l'aver effettuato dei pagamenti o cosa si è mangiato il giorno precedente);
- linguaggio (in cui ad esempio la persona non riesce a trovare il termine corretto o commette errori grammaticali sino a quel momento mai effettuati);

- funzione percettivo-motoria (manifestata ad esempio dalla necessità di affidarsi ad altre persone per la direzione da seguire oppure avere difficoltà nelle manovre di parcheggio);
- cognizione sociale (ne sono esempi i sottili cambiamenti nel comportamento/atteggiamento o anche nella minore difficoltà a riconoscere i segnali sociali).

È importante sottolineare che tale declino, è considerato attendibile se documentato da un'accurata valutazione neuropsicologica e da una preoccupazione espressa da parte della persona stessa, di un informatore attendibile o di un clinico. Queste dichiarazioni sono entrambe necessarie perché tra loro complementari. In aggiunta a quanto descritto, all'interno del criterio B, viene evidenziato come i deficit cognitivi, pur richiedendo uno sforzo maggiore da parte della persona, producono un rallentamento nello svolgimento delle attività quotidiane, senza, tuttavia, interferire con il livello di indipendenza e autonomia. I deficit cognitivi non devono verificarsi solo durante un delirium (criterio C) e non sono spiegati da un altro disturbo mentale come ad esempio depressione/schizofrenia (criterio D).

Una persona con Disturbo Neurocognitivo lieve può, anche, manifestare alterazioni dell'umore come depressione, ansia ed euforia. In particolar modo la depressione è frequente nelle prime fasi del Disturbo Neurocognitivo Lieve dovuto a malattia di Alzheimer. Tra gli altri sintomi comportamentali frequenti, degna di nota è l'apatia, la quale si caratterizza per una mancanza di motivazione a svolgere qualsiasi attività quotidiana e per una diminuita reattività emotiva. Per tale motivo è opportuno, in sede diagnostica, come riportato

nel DSM-V, segnalare la presenza o assenza di alterazioni comportamentali, in quanto anche questo aspetto ha una rilevanza clinica e necessita di essere trattato. Caratteristiche distintive del DNC lieve dovuto a Malattia di Alzheimer includono oltre ai criteri prima citati, un esordio insidioso e una graduale progressione dei sintomi cognitivi e comportamentali che conducono gradatamente verso la perdita delle autonomie funzionali. Solitamente le prime avvisaglie si riscontrano nella sfera della memoria e dell'apprendimento, tuttavia tendono ad essere sottovalutate dai familiari poiché attribuite ad altre cause.

I vantaggi dell'intervento precoce

Gli individui con DNC lieve dovuto a Malattia di Alzheimer, possono presentare una vasta gamma di sintomi che determinano la tipologia di trattamento. Nel panorama attuale, si conoscono terapie non farmacologiche per il trattamento delle persone colpite da forme conclamate di demenza, tuttavia, esistono pochissimi interventi applicabili in condizioni lievi di malattia. Obiettivo dei ricercatori, dunque, consiste nel cercare innovativi strumenti in grado di intervenire precocemente e poter migliorare la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie, mantenendo nel più lungo tempo possibile le abilità possedute. Si sottolinea, infatti, come nelle primissime fasi di malattia, seppure presenti delle difficoltà, queste hanno carattere transitorio e se ben compensate possono permettere alla persona di continuare a vivere secondo le massime potenzialità possedute. Partendo da quest'ottica, un'efficace metodologia di trattamento è rappresentata dal servizio specialistico domiciliare. Rispondendo al crescen-

te fabbisogno della popolazione affetta da DNC lieve, esso può essere considerato un nuovo modo di approcciarsi alla malattia di Alzheimer agli esordi, il cui obiettivo è rappresentato essenzialmente dal tentativo di fornire risposte multispecialistiche, contestualizzate e personalizzate ad ogni bisogno. Saper entrare in contatto con le difficoltà che sin da subito possono presentarsi negli usuali contesti di vita di ogni persona, significa infatti, consentire ad ognuno di vivere serenamente la propria quotidianità, massimizzando le risorse possedute e incrementando la percezione di benessere dell'intero nucleo familiare.

In relazione alle specifiche esigenze di ogni paziente, il protocollo del servizio prevede un intervento domiciliare, svolto strategicamente da una specializzata équipe multiprofessionale composta dalle seguenti figure: neurologo/geriatra, psicologo/psicoterapeuta, nutrizionista, educatore professionale, fisioterapista e da figure esterne collegate al territorio di appartenenza. Ogni membro dello staff, agendo come “figura sfondo” e rispettando tempi e volontà di ogni persona, opera secondo le proprie competenze per la realizzazione degli obiettivi terapeutici, nell’ottica di strutturare il miglior progetto individualizzato possibile.

Entrando nello specifico, l'intervento precoce domiciliare prevede la realizzazione di un articolato programma di lavoro. Il primo passaggio dopo la presa in carico del paziente è rappresentato dalla visita domiciliare del neurologo/geriatra. In qualità di medico specializzato, il suo compito risiede nell’approfondimento delle abilità neurologico-sensoriali, delle caratteristiche pregresse ed attuali della sintomatologia presentata e dell’eventuale trattamento farmacologico in atto. Su-

bito dopo il lavoro svolto dal medico, il passaggio successivo prevede l'intervento di uno psicologo/psicoterapeuta specializzato nel trattamento delle persone con demenza. Approfondendo la storia di vita della persona-paziente e delle sue principali caratteristiche (preferenze personali, lavoro, hobby, relazioni, ecc.), il ruolo di questa figura professionale si attua in aree complementari. Creando, infatti, un rapporto di fiducia con la persona malata, si occupa di sostenerla psicologicamente contenendo le sue ansie, innalzando i livelli di consapevolezza ed incrementando l'utilizzo di strategie di coping. Effettua, poi, un'accurata valutazione psico-diagnostica al fine di elaborare un profilo neuropsicologico in cui siano riportate informazioni sull'efficienza cognitiva e sulla struttura di personalità. Per la completezza dello staff multiprofessionale, la terza figura coinvolta nel processo terapeutico-riabilitativo domiciliare specialistico, è rappresentata dalla nutrizionista. Come è noto, infatti, da anni ricercatori di tutto il mondo sostengono come tra i fattori di rischio e complicanze nella malattia di Alzheimer, un posto di rilievo sia sicuramente occupato dall'infiammazione cronica e dalla sindrome metabolica, favorita da una dieta ricca di grassi animali e alimenti raffinati ma, povera di antiossidanti e micronutrienti. Attraverso un'indagine sulle principali abitudini alimentari della persona, registrando i principali parametri antropometrici (peso, altezza, circonferenza braccio, calcolo IMC) e tenendo conto delle patologie soggettive, la nutrizionista stabilisce il normopeso ed un piano nutrizionale adattato alle specifiche esigenze di ognuno. A questo punto, medico, psicologo e nutrizionista, in condivisione con l'intero staff, elaborano il

PAI (Piano Assistenziale Individualizzato). Tale documento può essere pensato come un elemento costante di implementazione al processo di Qualità di vita della persona assistita e, contemporaneamente, come un elemento organizzativo mediante il quale operare una corretta registrazione degli eventi. In esso sono definiti, in modo chiaro e sintetico, le problematiche (e/o i bisogni) presentate dal paziente, gli obiettivi da raggiungere, le attività terapeutico-riabilitative personalizzate da implementare e i tempi di verifica previsti per il raggiungimento degli obiettivi. Da un punto di vista strettamente organizzativo, tenendo conto della gradualità necessaria che il contesto domiciliare richiede, il PAI è compilato ogni 3 mesi, ad eccezione di esigenze particolari o l'emergere di nuovi bisogni da parte del paziente o della famiglia; inoltre è soggetto a revisione. Accanto poi alle figure professionali sopra descritte, rilevanza nella realizzazione del protocollo terapeutico domiciliare specialistico è data all'educatore professionale e al fisioterapista. Entrambi, si alternano allo staff seguendo una programmazione puntuale e personalizzata, nel rispetto delle soggettive necessità. Sono inoltre referenti per la creazione territoriale di una rete virtuosa e si occupano di attuare quotidianamente le attività terapeutiche. Attraverso ciò si rende possibile lo svolgimento di funzioni innovative e specializzate come il tutoraggio discreto dell'utente all'interno degli abituali contesti di riferimento (ad esempio nell'am-

biente lavorativo), la realizzazione di uscite programmate con supervisione (come ad esempio il favorire la frequentazione "facilitata" di un corso di ballo o anche visitare una galleria d'arte), l'attuazione di interventi cognitivo-comportamentali (come l'apprendimento di tecniche relative al rilassamento muscolare progressivo) e la stimolazione personalizzata delle proprie capacità personali (anche mediante l'ausilio di dispositivi tecnologici), nel tentativo di mantenere nel più lungo tempo possibile dignità, abilità quotidiane e risorse cognitive. Come si evince nel progetto domiciliare precoce oltre ad un lavoro mirato sul paziente, grande rilevanza è data alla costruzione di una vera e propria rete sociale di cura e sostegno. I nodi di questa rete sono rappresentati da tutti gli elementi della comunità nel quale il paziente vive. In questo modo, oltre ad aiutare il paziente a sentirsi compreso e protetto, lo si facilita nella quotidianità dentro e fuori dall'ambiente domestico. Il metodo di intervento precoce domiciliare multispecialistico, già ampiamente sperimentato, si caratterizza per l'alto grado di qualificazione professionale dell'équipe coinvolta nel processo terapeutico. Oltre, infatti, alla formazione personale, tutti gli operatori impegnati svolgono una formazione accreditata continua al fine di accrescere le capacità e le competenze possedute, essere costantemente aggiornati sul tema, promuovere un servizio in cui siano rispettati alti standard di qualità.

La Terapia Espressiva Corporea Integrata (Teci)

Un ponte di comunicazione possibile nella malattia di Alzheimer ed altre Demenze

» Elena Sodano

Che fare? Che fare con le persone con malattia di Alzheimer quando il sentimento del corpo non si accorda più con il corpo reale, quando i deficit mnesici rendono le parole poco comprensibili, quando la continuità è rimpiazzata dalla discontinuità, quanto nel rapporto terapeutico, riabilitativo e relazionale si instaura un clima di insicurezza e di incertezza, quando il comportamento “inusuale” delle persone con Alzheimer o altre demenze, come ad esempio la Demenza fronto temporale rende tutto molto difficile costringendo gli operatori in una sorta di paralisi professionale? Sono queste le domande alle quali tenta di dare risposte la Terapia Espressiva Corporea Integrata (Teci) attraverso l’elaborazione di nuovi contatti corporei che possano creare ponti di comprensione e di comunicazione ancora possibili con le persone affette da queste patologie. Teci nasce all’interno dello Spazio Al.Pa.De. Alzheimer, Parkinson e Demenze del Centro Diurno Ra.Gi. Onlus di Cantanzaro che dal 2008 si prende cura di persone con malattie neurodegenerative principalmente persone con Alzheimer. Ospiti con disturbi dell’orientamento, confusione temporale e quindi per-

dita della capacità cognitive e senso del tempo, con inusuali movimenti ripetitivi, gravi disturbi del linguaggio e disorganizzazioni corporee molto accentuate. Osservando il modo di comunicare non verbale di queste persone, ci siamo resi conto che gli etichettati disturbi del comportamento non sono altro che delle “eruzioni corporee” attraverso cui il malato di Alzheimer cerca di esprimere quel suo bisogno non più capito perché a causa della malattia non è esprimibile attraverso il linguaggio. Ma perché Teci: T = **Terapia**, una terapia eterodossa forse, che ha cura e si prende cura, che si distanzia un po’ dalle dottrine medico-scientifiche pur necessarie e che si interessano dell’umana guarigione e si avvicina di più ad un’armonia spontanea ed emozionale che riesce a placare i cambiamenti di vita che la malattia di Alzheimer porta con sé. E = **Espressiva**, perché si parla delle cosiddette terapie a-specifiche che non intervengono su un’area funzionale particolare, ma a livello globale, ristrutturando e ridefinendo l’intero sistema di relazioni tra le diverse aree funzionali. C = **Corporea**, perché ci relazioniamo con il corpo dei nostri pazienti ed ogni relazione te-

rapeutica si costruisce in un incontro tra due o più corpi in cui emergono prepotenti elementi come fiducia, alleanza, confidenza, intimità, affetto, emozioni. I= **Integrata**, perché prevede l'applicazione di più discipline che sono state utilizzate all'interno dello Spazio Al.Pa.De. per offrire al paziente un confortevole stato di benessere, fisico, emotivo, relazionale senza tralasciare l'aspetto della stimolazione cognitiva, allontanandoli così dall'idea della malattia e del considerarsi persone oramai inutili.

- Teci si rivolge principalmente al corpo che convive con l'Alzheimer e con le demenze; corpi lenti, corpi persi, corpi vuoti, corpi silenziosi che, nel momento della diagnosi non vengono più tenuti in considerazione, come se diventassero evanescenti perché la malattia all'improvviso stacca ogni contatto fisico, emozionale, affettivo tenendo in considerazione solo lo studio e la somministrazione farmacologica di molecole che servono a sedare le condotte corporee imposte da un cervello che piano piano si deteriora. Il metodo nella sua essenza rappresenta un Incontro, un andare verso l'Altro attraverso la costruzione di un ponte pregno di possibilità che, di fronte ad una memoria devastata, può tessere l'unico collegamento possibile, quello tra il corpo dei pazienti e le esperienze che questo contenitore umano ha immagazzinato nell'arco di un'intera esistenza e che vengono offerte in dono ai terapeuti anche in presenza di una severa devastazione cerebrale. Perché il corpo "sente" sempre, anche nella fase finale della sua esistenza. Questo particolare incontro avviene all'interno di laboratori strutturati che si svolgono

nelle sei/otto ore di permanenza all'interno del Centro Diurno e che per gli ospiti si trasformano in fucine del pensare e del fare in movimento cognitivo, attraverso attività proposte che si trasformano in un filo conduttore di esperienze espressive, cognitive, ludiche, simboliche.

- Grazie alla sua multi modalità di interventi tesi a promuovere il movimento simbolico ed auto-espressivo, Teci favorisce il risveglio della memoria corporea dei pazienti con malattia di Alzheimer o altre demenze attraverso un approccio che tiene conto dei gesti, del vissuto sensoriale, emotivo, affettivo e relazionale custodito nel corpo dei pazienti. Il movimento prassico e simbolico e le cornici metodologiche di Teci rappresentano un secondo linguaggio a disposizione del terapeuta per capire attraverso il corpo quello che il paziente non riesce più ad esprimere con il linguaggio e che con il movimento espressivo, indivi(duale) e di gruppo, hanno il potere di stimolare anche le capacità cognitive non ancora intaccate, perché non tutto il cervello viene compromesso dalla malattia di Alzheimer. Lo spazio della cura, il setting, è curato nei minimi particolari tenendo conto dell'ambiente fisico, emotivo, terapeutico e relazionale in cui si trova il paziente. L'elemento di contenimento naturale per Teci è la musica, lontano dagli usuali metodi di limitazione e dai farmaci che sedano la libera espressione degli impulsi emotivi del paziente e grazie alla quale anche un disturbo del comportamento può trasformarsi in una danza. Non si tratta però di una musica qualsiasi. Teci porta con sé un corredo musicale di armonie composte dal musicista, psicologo Andrea

Galiano e che appartengono al progetto “Alzh 432 Hz”, musiche che accordate su tale frequenza inducono naturalmente onde cerebrali di tipo alfa che, grazie alla produzione di serotonina, dona ai pazienti un profondo senso di rilassamento. Nel campo delle terapie non farmacologiche ed a-specifiche la Terapia espressiva corporea integrata è unica nel suo genere. In Italia la letteratura scientifica in materia di approccio corporeo rivolto a persone affette da malattia d'Alzheimer o altre demenze è scarsa se non addirittura assente. Molti sono i contributi in cui si parla dei benefici che la musicoterapia o l'arteterapia apportano ai malati con malattie dementigene, ma non c'è traccia di lavori applicativi e sperimentali in cui viene presa in considerazione la terapia corporea applicata a pazienti con Alzheimer.

- **I pilastri concettuali di Teci: una prospettiva incarnata**
- Ogni approccio che prende in considerazione il corpo (body) e la mente (mind) porta inevitabilmente con sé un corredo concettuale di tipo filosofico, psicologico, neuroscientifico neuropsicologico, anatomo-funzionale ed espressivo. Il pilastro su cui si erge Teci ha uno spessore formato da substrati di matrici teoriche e di pratiche incarnate che hanno consentito di mettere dei “guard rail” nel setting di cura in un panorama che rischiava di trascinare con sé tutto lo scibile scientifico possibile in materia di parallelismi corpo, mente e cervello. I supporti concettuali di base che compongono la struttura teorico-concettuale di Teci sono: la *Embodied Cognition*, che si concentra sulla natura incarnata della cognizione umana e che

porta alla luce un'attività mentale che è sempre radicata all'interno del corpo, stati e processi mentali sono rappresentati quindi in un formato corporeo; la teoria della *Simulazione incarnata* nata grazie alla scoperta dei *Neuroni a specchio* di Giacomo Rizzolatti, la psicologia del profondo di Carl Gustav Jung che con la sua simbologia del gesto considera il movimento espressivo un modo per arrivare all'interno dell'inconscio; l'apporto che *Maurice Merleau Ponty* ha dato al ruolo che svolge il corpo nei processi psichici; i riferimenti di osservazione del movimento corporeo di *Rudolf Van Laban* con la sua *Laban Moviment Analysis* che restituisce la parola al corpo in movimento e che applicata sui pazienti con malattia di Alzheimer ed altre demenze fa in modo che il pensiero, non più produttivo, da parola diventa un gesto che viene sentito e percepito; il metodo *Body-Mind Centering* di Bonnie Cohen che pone alla base della sua esplorazione dei sistemi corporei un concetto importante secondo il quale il corpo è connesso al movimento della mente; la *danzamovimentoterapia* che ha oramai collaudato negli anni il valore terapeutico della danza e che porta come bagaglio il prezioso valore antropologico del movimento corporeo e quello gruppoanalitico di Heinrich Foulkes che dava molto importanza al gruppo restituendo la cura alla comunità.

- L'organizzazione del luogo della cura in Teci che promuove l'accoglienza del paziente con malattia di Alzheimer o altre demenze è molto importante: un ambiente amorevole, non giudicante, colorato, musicale, per promuovere sentimenti positivi e gioia, con materiali di

vario genere come “condensatori” della simbologia espressiva prolungamenti dell’azione corporea e mediatori della comunicazione interpersonale. È strutturato in base a quattro concetti chiave messi a punto da Marian Chace la prima persona che nel 1942 portò la danza negli ospedali psichiatrici e riguardano: l’azione del corpo, il simbolismo, la relazione del movimento terapeutico e l’attività ritmica del gruppo. Il filo conduttore di tutte le attività proposte strutturate in specifici laboratori vengono definite giochi, perché come affermava Winnicott (1971) *“è nel giocare che l’individuo bambino o adulto è in grado di essere creativo e di fare uso dell’intera personalità ed è solo nell’essere creativo che l’individuo scopre il sé”*. Ed è proprio nel processo creativo e nella libera espressione corporea che le persone con malattia di Alzheimer ed altre demenze sono riuscite a trovare quel collegamento tra il loro vorticoso mondo interno ed uno sconosciuto mondo esterno, con la possibilità di emozionarsi ancora all’interno di una relazione possibile con se stessi e con l’altro. Nel-

lo svolgimento di questi giochi i pazienti vengono spesso posizionati in cerchio per promuovere realmente il movimento di gruppo e l’interazione sociale. L’amalgama relazionale tra tutti gli elementi laboratoriali proposti in Teci di movimenti simbolici ed autoespressivi è la matrice artistica ed espressiva che ritroviamo in alcuni orientamenti di bodyability, Expression Primitive, danzaterapia, una disciplina clinica che dal corpo e nel corpo espressivo e creativo sia del paziente che del terapeuta trae la sua linfa vitale. A questi concetti si aggiungono il Fonosimbolismo mimico corporeo, la FavolaAzione ed il Contact Care. L’obiettivo specifico di Teci è quello di superare il concetto standardizzato del prendersi cura delle persone con Alzheimer centrato principalmente sulla prestazione facendo sperimentare all’operatore l’assistenza basata sulla relazione corporea mediante un incontro reciproco interpersonale. Ciò richiede presenza fisica (*body to body*), presenza psicologica (*mind to mind*), presenza terapeutica (*spirit to spirit*) (McKivergin and Daubenmire, 1994).