



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

*Corso di Laurea in Educazione professionale*

**LA NARRAZIONE AUTOBIOGRAFICA  
COME LINGUAGGIO DELLA MEMORIA  
NEI PAZIENTI AFFETTI DA ALZHEIMER**

Relatore: Chiar.ma  
Prof.ssa Flamini Marilena

Tesi di Laurea di:  
Zamporlini Ilaria

Anno Accademico 2019-2020

## INDICE

☒	INTRODUZIONE	
☒	<b>CAPITOLO 1 – STORIA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER</b>	
1.1	Definizione di demenza	1
1.2	Epidemiologia e fattori di rischio della malattia	3
1.3	L'evoluzione della malattia di Alzheimer	5
1.4	La diagnosi	10
1.5	Servizi per anziani affetti da Alzheimer	14
1.6	La tutela dell'anziano	16
☒	<b>CAPITOLO 2 - L'EDUCATORE PROFESSIONALE CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI</b>	
2.1	Il ruolo dell'educatore professionale nei servizi	22
2.2	La funzione educativa e riabilitativa dell'educatore professionale nel settore degli anziani non autosufficienti	23
2.3	La relazione con l'anziano	26
2.4	L'educatore professionale e i caregiver	29
2.5	Il ruolo dell'educatore professionale nel Centro Diurno Alzheimer-	
I.N.R.C. A		30

## ☐ **CAPITOLO 3 – LA NARRAZIONE AUTOBIOGRAFIA**

3.1 Definizione_____	33
3.2 La fotografia come comunicazione personale_____	35
3.3 La mia esperienza di tirocinio nel Centro Diurno Alzheimer- I.N.R.C.A_____	37
3.4 Le finalità del progetto_____	39
3.5 La programmazione delle attività educative_____	40
3.6 Valutazione e verifica_____	44

## ☐ **CAPITOLO 4 – GLI INTERVENTI EDUCATIVI CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

4.1 Approccio teorico_____	46
4.2 Le caratteristiche degli interventi psicosociali nel programma di stimolazione_____	46
4.3 La figura del caregiver_____	49
4.4 La stimolazione delle abilità cognitive e manuali_____	50
4.4 La Doll Teraphy_____	55

☐ **CONCLUSIONE**

☐ **BIBLIOGRAFIA**

☐ **SITOGRAFIA**

☐ **RINGRAZIAMENTI**

## INTRODUZIONE

La motivazione di scrivere questo elaborato nasce dall'immensa fortuna di essere cresciuta con nonni e bisnonni, in vita. Trascorrevo intere giornate con loro, tra dolci, giochi e passeggiate c'era sempre un'occasione per ascoltare i racconti della loro giovinezza.

Proprio partendo da questa mia esperienza personale, ho colto l'opportunità di svolgere il progetto della narrazione autobiografica. Infatti all'interno del centro diurno Alzheimer, dove ho svolto il mio primo tirocinio, ho osservato e partecipato a questo progetto, questa volta però usando la metodologia propria dell'educatore professionale.

Quest'anno alla fine della mia carriera universitaria, posso affermare, grazie alle competenze oggi acquisite che il progetto da prima solamente osservato è condivisibile perché efficace nella stimolazione cognitiva.

Con questo elaborato vorrei esporre in maniera specifica e dettagliata l'intervento, rivolto agli anziani affetti dal morbo di Alzheimer, per la stimolazione cognitiva attraverso la narrazione autobiografica come linguaggio della memoria.

Oltre a quanto descritto sopra, nel primo capitolo tratterò approfonditamente la malattia del morbo di Alzheimer, partendo dalla storia della malattia per poi sviluppare l'evoluzione e spiegare come si svolge la diagnosi e infine la tutela di anziani affetti dall' Alzheimer.

Nel secondo capitolo verrà esposto il ruolo e le competenze dell'educatore professionale nel settore degli anziani non autosufficienti, la relazione d'aiuto con gli anziani e la figura dell'educatore professionale all'interno del centro diurno Alzheimer- I.N.R.C.A.

Nel terzo capitolo verrà spiegato in maniera molto dettagliata il progetto della narrazione autobiografica, partendo da che cosa significa narrare in maniera biografica e come la fotografia possa agevolare la comunicazione personale. Inoltre verranno spiegati gli obiettivi e le finalità del progetto e la mia esperienza di tirocinio all'interno il centro diurno Alzheimer-I.N.R.C.A. Successivamente verranno elencate tutte le fasi della stesura e del progetto e infine la valutazione e la verifica, tramite delle schede di valutazione da compilarle all'inizio, durante e alla fine delle attività e del progetto.

Nel quarto ed ultimo capitolo verranno esposti i vari interventi riabilitativi ed educativi che si possono effettuare con gli anziani non autosufficienti per stimolare le capacità cognitive; la figura dei caregiver in riferimento agli anziani affetti dal morbo di Alzheimer e infine verrà spiegata la Doll Therapy ovvero la Terapia della Bambola.

# CAPITOLO 1

## STORIA DELL'ALZHEIMER

### 1.1 Definizione di Demenza

Più di 100 anni fa, Alois Alzheimer fu il primo a descrivere le caratteristiche cliniche e patologiche di una insolita malattia cerebrale durante il Convegno della Society of Southwest German Psychiatrists che si tenne a Tubingen: la paziente, Auguste Deter, soffriva di perdita di memoria, disorientamento, disturbi percettivi quali illusioni ed allucinazioni e morì all'età di 55 anni.

La malattia di Alzheimer o morbo di Alzheimer è la più comune causa di demenza, di cui rappresenta il 50-60 per cento dei casi. Il processo degenerativo che colpisce progressivamente le cellule e le connessioni cerebrali, provocando quell'insieme di sintomi che va sotto il nome di demenza: cioè il declino progressivo e globale delle funzioni cognitive e il deterioramento della personalità e della vita di relazione.

Sono trascorsi più di cento anni dalla prima descrizione della malattia; è stata descritta per la prima volta nel 1906 dallo psichiatra e neuropatologo tedesco Alois Alzheimer - ma ancora oggi non se ne conoscono chiaramente le cause. Attualmente la maggior parte degli scienziati ritiene non si tratti di un'unica origine, ma di una serie di fattori.

Anche se il principale fattore di rischio è l'età, l'Alzheimer non è l'inevitabile conseguenza dell'invecchiamento, ma una malattia vera e propria con caratteristiche cliniche specifiche che richiedono specifici interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Il termine demenza ha una lunga storia; esso deriva dal termine latino demens (che significa senza mente) che è composta dal prefisso de (privativo) e la radice mens (mente).

La demenza è una sindrome caratterizzata dalla perdita di funzioni intellettive tale da interferire con le attività sociali, da determinare cambiamenti di comportamento e da modificare la personalità. Si tratta di una perdita che procede nel tempo, inarrestabile. È una malattia cronico-degenerativa caratterizzata dalla perdita progressiva delle capacità cognitive, dovuta da una modificazione della corteccia cerebrale.

Le funzioni cognitive sono operazioni che ci permettono di conoscere il nostro ambiente e gli stimoli che ci circondano, di avere con questi stimoli una relazione e di organizzare e finalizzare il nostro comportamento. Esse sono il risultato del lavoro di diverse aree del cervello.

Le funzioni cognitive sono:

- attenzione
- memoria
- linguaggio
- la percezione
- l'orientamento
- il pensiero

Ai sintomi che riguardano la sfera cognitiva si accompagnano solitamente alterazioni della personalità, del tono dell'umore o sintomi psicopatologici.

Il demente, infatti, come dice il termine (fuori dalla mente) è un ricco diventato povero, un soggetto in cui al deficit cognitivo-intellettuale si sommano altri disturbi di tipo comportamentale, giungendo molto spesso ad una condizione di compromissione devastante, connotata da un grosso disagio e malessere.

Si possono distinguere demenze cosiddette degenerative (Alzheimer, Parkinson...) e secondarie che sono determinate da altre condizioni di tipo metabolico, endocrino, infettivo che investono la funzionalità del SNC.

## **1.2 Epidemiologia e fattori di rischio della malattia**

Il morbo di Alzheimer (AD) è il modulo più comune di demenza universalmente (60-70% di tutti i casi di demenza) ed è un disordine neurodegenerativo progressivo. Comunque intorno 10-15%<sup>1</sup> dei casi è genetico, la vasta maggioranza dei casi è sporadica ed attribuita a molti fattori di rischio. Non ci sono, attualmente, maturazione o i trattamenti di modificazione. Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno è di dimensioni allarmanti. Si prevede che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica.

Il sesso femminile rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer, la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%). La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni. I fattori di rischio associati alla malattia di Alzheimer vengono divisi in due categorie: fattori di rischio non modificabili e fattori di rischio modificabili. Mentre sui primi non è possibile agire, sui secondi è possibile intervenire ottenendo dei significativi risultati sul piano clinico.

Uno dei fattori di rischio non modificabili è rappresentato dall'età. Con l'avanzare dell'età incrementa anche il rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer.

<sup>1</sup>[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&idv=2402](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&idv=2402)



La maggior parte delle persone sviluppa l'Alzheimer dopo i sessantacinque anni e, da questo momento, l'incidenza di malattia incrementa in modo esponenziale fino a circa ottanta anni.

Un secondo fattore di rischio è rappresentato dalla genetica. Alcune forme di demenza sono definite sporadiche, cioè si manifestano senza ereditarietà tra le generazioni di una famiglia. Altre forme invece, denominate familiari, si manifestano in due o più persone appartenenti allo stesso nucleo familiare. Mentre i principali fattori di rischio modificabili sono associati allo stile di vita: il fumo di sigaretta, l'assunzione di alcol, la carenza di vitamine, la scarsa attività fisica o altre attività di svago (fisiche, mentali, sociali).

Il diabete, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, l'obesità e la dislipidemia rappresentano altri fattori di rischio associati all'Alzheimer così come una storia positiva per traumi cerebrali, patologie cerebrovascolari, vasculopatie. Una bassa scolarità e uno stile alimentare poco sano sono anch'essi associati ad un maggior rischio di sviluppare la malattia.

Il morbo di Alzheimer (AD) rappresenta intorno 60% di tutte le casse di demenza mondiali, rendendogli il modulo più comune della demenza. Alzheimer è una malattia neurodegenerativa progressiva con i sintomi che peggiorano gradualmente durante alcuni anni. Come con la maggior parte delle demenze, i sintomi di Alzheimer cominciano solitamente con le difficoltà sottili nel ricordo delle memorie recenti prima gradualmente di diventare i sintomi più severi.

Indipendentemente dalla causa esatta di Alzheimer, due marchi di garanzia patologici chiave: placche e grovigli dell'amiloide (Le placche dell'amiloide sono cluster che si formano negli spazi fra le cellule nervose, mentre i grovigli neurofibrillari sono un nodo delle cellule cerebrali. Entrambi sono pensati per interferire con i messaggi nervosi all'interno del tessuto cerebrale).

Col passare del tempo, queste proteine anormali contribuiscono alla morte dei neuroni che portano ad un restringimento generalizzato del cervello (atrofia corticale). Poiché il morbo di Alzheimer è una malattia neurodegenerativa progressiva, i sintomi sono inizialmente sottili e delicati. L'inizio è insidioso e subdolo ad andamento progressivo.

I sintomi del morbo di Alzheimer possono essere suddivisi in tre fasi. In molti casi, la progressione del corso di malattia può essere migliorata da altri fattori indipendenti dalla patologia di Alzheimer. Questi comprendono le infezioni, le lesioni alla testa ed il delirio. A volte, determinati farmaci possono anche peggiorare i sintomi di demenza. La morte si presenta generalmente dovunque da 3-9 anni dopo che i primi sintomi compaiono.

C'è molta sovrapposizione fra i sintomi del morbo di Alzheimer ed altri moduli di demenza. È egualmente comune per i pazienti con Alzheimer sopra l'età di 65 anche avvertire i sintomi e la patologia di demenza vascolare, che spesso inizialmente si manifesta con più profondo danno del motore.

Nella malattia, esiste una esasperazione della perdita di sostanza cerebrale e riduzione del peso dell'organo. L'atrofia è in genere diffusa ma con più severo interessamento dei lobi temporali e in particolare dell'ippocampo, struttura fondamentale per i processi mnesici.

### **1.3 L'evoluzione della malattia di Alzheimer**

Il decorso della malattia di Alzheimer è unico per ogni individuo. La durata media è stimata tra gli 8 e i 20 anni e la suddivisione in fasi ha il solo scopo di orientare chi si occupa del malato rispetto alle caratteristiche evolutive della patologia al fine di consentirgli un'adeguata pianificazione dell'assistenza e una maggior consapevolezza di quanto potrà accadere e come affrontarlo.

La durata di ogni fase varia da persona a persona e in molti casi una può sovrapporsi all'altra.

### 1. Alzheimer lieve (Fase iniziale – durata media 2-4 anni)

In questa fase, la persona esperisce lievi disturbi di memoria, soprattutto per fatti recenti, nomi e numeri di telefono, con difficoltà ad imparare nuovi concetti o procedure.

Inoltre, si possono presentare difficoltà di orientamento nello spazio e nel tempo, per esempio nel ritrovare la strada di casa o nel richiamare la data corrente. Sul piano linguistico, compaiono problematiche nel produrre frasi adeguate a supportare il pensiero e vengono utilizzate pause frequenti dovute all'incapacità di "trovare la parola giusta". La persona trova più difficile eseguire attività che richiedono maggiore pianificazione come ad esempio l'organizzazione di un pranzo in famiglia, la gestione della casa o delle finanze.

La perdita progressiva di queste abilità cognitive interferisce con il normale svolgimento delle attività quotidiane. La persona malata è consapevole delle proprie difficoltà e dei propri fallimenti e il suo umore potrebbe divenire più deflesso, tanto che potrebbe ritirarsi dalle attività sociali oppure reagire con manifestazioni aggressive e ansiose. Nella pratica clinica un paziente si considera in questa fase quando al Mini Mental State Examination (MMSE) ottiene un punteggio compreso tra 18 e 24.

Le persone affette da malattia di Alzheimer non presentano tutte gli stessi 6 sintomi, nel medesimo ordine e con la stessa intensità. Tuttavia, esiste un modello generale di progressione della malattia, che permette di delineare grosso modo tre stadi. La descrizione che segue di questi stadi, per quanto lungi dall'essere esauriente, può aiutare le persone che assistono i malati a sapere in modo approssimativo che cosa debbono aspettarsi, e a prepararsi in anticipo sia fisicamente che psicologicamente.

Può capitare che l'interessato può cercare di impedire che gli altri si accorgano delle sue difficoltà, perché si sente imbarazzato o preoccupato. Allo stesso modo i familiari e gli amici tendono a minimizzare l'importanza del problema, forse per l'opinione diffusa che la smemoratezza è una conseguenza naturale dell'età. Tuttavia, è meno facile che passino inosservati i problemi di memoria presentati dai più giovani malati di Alzheimer, particolarmente se svolgono un lavoro che richieda l'uso della memoria.

Il problema è ulteriormente aggravato da concomitanti difficoltà di attenzione. L'effetto combinato di questi due problemi determina difficoltà a svolgere operazioni complesse, e anche a seguire il filo di una conversazione, difficoltà che non potranno probabilmente passare a lungo inosservate nell'ambiente di lavoro. Un'altra conseguenza è che il/la paziente troverà che gli mancano le parole. Successivamente, anche se questo non determina in lui/lei generalmente il venir meno dell'interesse a comunicare, il/la paziente tenderà a usare parole più semplici e frasi corte.

L'orientamento temporale non è grandemente compromesso in questo stadio, ma i pazienti tendono a mostrare segni di disorientamento spaziale (vagando, e perfino perdendosi in un ambiente familiare come quello della propria casa). Molti pazienti sviluppano strani gusti (per esempio nel vestirsi) e alcuni hanno una preferenza per i colori vivaci. Altri possono evidenziare una mancanza di spontaneità e di attività, e sviluppare la tendenza a fissare lo sguardo davanti a sé, accompagnata da una marcata incapacità di cambiarne la direzione.

Infine, i pazienti cominciano ad aver problemi con la rappresentazione astratta. Il denaro, per esempio, perde il suo significato simbolico, con la conseguenza che prodotti o servizi possono essere pagati più di una volta. Il fatto che questi problemi vengano più o meno riconosciuti dipende da diversi fattori, quali il tipo di attività, la famiglia, lo stile di vita e la personalità del paziente. Questo stadio può essere molto stressante per il/la paziente, che è pienamente consapevole di quello che sta accadendo.

## 2. Alzheimer moderato (Fase intermedia - durata media 2-10 anni)

In genere, è la fase temporalmente più duratura ed è caratterizzata da un aggravamento dei sintomi presentati nella fase precedente.

Le dimenticanze sono sempre più significative; aumenta l'incapacità di ricordare i nomi dei familiari con la possibilità di confonderli, così come aumenta il disorientamento topografico, spaziale e temporale. In questo stadio aumenta la necessità di supervisione e di assistenza nelle attività quotidiane, come la preparazione dei pasti, le faccende domestiche, l'uso di mezzi di trasporto, anche al fine di evitare situazioni di pericolo. Il paziente potrebbe trascurare il proprio aspetto, l'igiene personale, l'alimentazione e le attività quotidiane. I cambiamenti di umore e comportamentali divengono più rilevanti. La persona potrebbe diventare sospettosa, sviluppare deliri e comportamenti ossessivo-compulsivi.

Nella pratica clinica un paziente si considera in questa fase quando al MMSE ottiene un punteggio compreso tra 10 e 18.

La gravità dei sintomi obbliga generalmente i pazienti a lasciare il lavoro e a smettere di guidare. Inoltre, i pazienti spesso hanno difficoltà a riconoscere i loro stessi familiari, perché il legame tra faccia e nome è andato perduto.

Diventa più difficile per loro interpretare gli stimoli sensoriali (tatto, gusto, vista e udito). Questo ha ripercussioni nella vita quotidiana sotto forma di perdita dell'appetito, incapacità di leggere, allucinazioni visuali e uditive. Può presentarsi il problema dell'insonnia, perché la distinzione tra il giorno e la notte ha perso di significato.

I pazienti tendono a dormire di più durante il giorno, ma meno durante la notte. La nozione dello spazio e del tempo è compromessa.

Diventa impossibile al malato eseguire da solo operazioni quotidiane come il lavarsi e il vestirsi, a causa della perdita di memoria, dello stato confusionale e della difficoltà a maneggiare gli oggetti. I movimenti sono sempre meno precisi e coordinati.

I pazienti diventano meno stabili sulle gambe e possono avere incidenti dovuti alla doppia visione. Può presentarsi l'incontinenza sia come risultato del difetto di memoria, dei problemi di comunicazione e di difficoltà pratiche, sia come effetto del danno cerebrale, per cui i segnali non vengono più registrati o riconosciuti. I pazienti tendono a soffrire di bruschi e frequenti cambiamenti di umore. Possono dare l'impressione di essere concentrati su se stessi e di rifiutare l'aiuto. Possono diventare agitati o aggressivi, o passeggiare tutto il giorno su e giù per la stanza.

### 3. Alzheimer grave (Fase severa – durata media 3 anni)

È la fase più avanzata della malattia durante la quale la persona malata è completamente dipendente e richiede assistenza continua e totale. È caratterizzata da una perdita quasi completa delle capacità di produzione e comprensione linguistica; tuttavia, la persona può conservare la capacità comunicativa attraverso il corpo (espressione facciale, postura e gestualità). Il soggetto diviene totalmente incapace di riconoscere i propri famigliari, di compiere gli atti quotidiani della vita come vestirsi, mangiare, lavarsi, riconoscere i propri oggetti personali e la propria casa. Il movimento è sempre più compromesso.

Le funzioni cognitive sono quasi completamente scomparse. È più esposto alla Polmonite e rischia le piaghe da decubito, se non viene regolarmente girato. Si irrigidisce, perde i riflessi agli stimoli e può essere agitato e irritabile. A questo stadio, è chiaramente necessaria un'assistenza continua. Tuttavia, nonostante la gravità dei sintomi, i pazienti tendono a rispondere ancora bene al contatto e alle voci dolci e familiari.

Nella pratica clinica un paziente si considera in questa fase quando al MMSE ottiene un punteggio inferiore a 10.

#### 4. Alzheimer terminale (Fase terminale – durata media 6-12 mesi)

In questa fase il paziente è ormai allettato, richiede cure costanti, è incontinente e le difficoltà di deglutizione portano alla necessità di alimentazione parentale. La morte subentra a seguito di complicanze, quali malnutrizione, disidratazione, malattie infettive, ulcere da decubito.

### **1.4 Diagnosi**

Come viene diagnosticata dal medico la malattia di Alzheimer?

La malattia di Alzheimer può essere diagnosticata con:

- una storia completa medica e psichiatrica
- un esame neurologico
- esami di laboratorio per escludere anemia, deficit di vitamine e altre condizioni patologiche
- un esame dello stato mentale per valutare memoria e funzioni cognitive
- un colloquio con membri della famiglia o con il caregiver.

Quali trattamenti – farmacologici e non farmacologici – sono disponibili oggi? Sono disponibili farmaci per alleviare alcuni disturbi.

Si chiamano “inibitori del aceti colinesterasi” e possono migliorare la qualità di vita e alcune funzioni cognitive, inclusa la memoria, il pensiero e il ragionamento. Sono più efficaci nei malati in fase lieve o moderata.

Perciò, il riconoscimento precoce di un disturbo cognitivo e la diagnosi tempestiva di malattia di Alzheimer sono molto importanti.

Comunque, i farmaci a disposizione non fanno regredire né modificano l'evoluzione della malattia.

Dati della letteratura indicano che anche la vitamina E può essere utile in alcuni sintomi della malattia di Alzheimer.

La vitamina E è un antiossidante e può aiutare a proteggere le cellule cerebrali dagli effetti distruttivi dei radicali liberi.

La terapia risolutiva per la malattia di Alzheimer non è ancora disponibile, ma la ricerca prosegue nello studio di nuove opportunità di trattamento.

Un malato di Alzheimer può manifestare disturbi del comportamento come paranoia, sospettosità, aggressività o carenza nell'igiene della propria persona.

#### Valutazione iniziale in setting non specialistici

Un'accurata anamnesi rappresenta uno degli aspetti fondamentali per la valutazione iniziale delle persone con sospetta demenza. È possibile utilizzare test cognitivi tenendo sempre conto che per la loro limitata sensibilità, un punteggio nella norma non esclude una diagnosi di demenza. Test cognitivi brevi, come il test di screening cognitivo a 10 punti – 10-point cognitive screen (10-CS) – e il test di compromissione cognitiva a 6 item – 6-item cognitive impairment test (6CIT) – sono raccomandati e preferibili a test più lunghi come il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) o il Mini Mental State Examination (MMSE), per i quali non esistono evidenze di maggiore accuratezza diagnostica.



- In occasione della valutazione iniziale raccogliere una dettagliata anamnesi dei sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici e del loro impatto sulla vita quotidiana:
  - dalla persona con sospetta demenza
  - se possibile, da qualcuno che conosce bene la persona (es. un familiare).
  
- Se dopo la valutazione iniziale persiste il sospetto di demenza: o effettuare un esame obiettivo completo
  - prescrivere esami ematochimici e delle urine per escludere cause reversibili di declino cognitivo
  - somministrare test cognitivi.
  
- Non escludere la diagnosi di demenza solo perché il punteggio ad un test cognitivo è nella norma.
  
- Considerare di integrare la raccolta dell'anamnesi dai conoscenti del paziente attraverso uno strumento strutturato come l'Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) o il Functional Activities Questionnaire (FAQ).
  
- Indirizzare il paziente ad un servizio specialistico se:
  - sono state indagate cause reversibili di declino cognitivo (es. delirium, depressione del tono dell'umore...)
  - persiste il sospetto di demenza.

La LG contiene raccomandazioni sulle modalità di diagnosi di demenza nei setting specialistici (uso di test cognitivi, valutazione neuropsicologica, test di imaging), sulle strategie di identificazione dei casi, sulla diagnosi differenziale tra demenza e delirium e sul monitoraggio dopo la diagnosi.

**MINI MENTAL STATE EVALUATION (MMSE)**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
 Via: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Test Somministrato da:

In che anno siamo? (3-0)

In che stagione siamo? (3-0)

In che mese siamo? (3-0)

Adesso in che data siamo? (3-1)

Chi governa questo paese? (3-1)

Adesso in che Stato siamo? (3-1)

In quale regione italiana siamo? (3-1)

In quale città ci troviamo? (3-1)

Adesso il nome del luogo dove ci troviamo? (3-1)

Di che paese siamo? (3-1)

Per ripetere: "pasta, vino, pane". La prima ripetizione dà valore al punteggio.  
 Ripetere (senza il suggerimento) correttamente una di esse (3-3)

Per contare si comincia da 100 e si sottrae 7 per cinque volte: \_\_\_\_\_  
 100  93  86  79  72  65

Dei suoi colleghi pensa prima, allora, che abbiano aff'indicare la parola M I C R O D I (3-5)

O  D  N  O  M

Chiedere la ripetizione dei tre oggetti precedenti (3-3)

Indicare un oggetto di una stanza chiedendo al nome di esso (3-3)


Alcune parole sono: "SOLCO CINCORNO FIORINO" (3-3)

Prendi questa foglia con la mano sinistra, di piegala e la metti sul tavolo (3-3)

Scrivi sul cinque questo scritto su questo foglio e fonda gli caratteri (3-3)

Scrivi una frase che contenga i soggetti e verbi (3-3)

Il tipo di questo disegno (punteggio massimo) (3-3)



Punteggio Massimo Totale = 30

**PUNTEGGIO TOTALE**

Punteggio Totale corretto per età e scolarità

**Orientamento spazio-temporale**

**Attenzione**

**Linguaggio**

**Memoria**

**Abilità visuo-costruttive**

## 1.5 Servizi per anziani affetti da Alzheimer

### ✓ CENTRO DIURNO ASSISTENZIALE (CD):

è una struttura socio-sanitaria destinata ad anziani con gradi diversi di non autosufficienza in grado di ospitare da 5 a 25 anziani. Il centro offre: assistenza infermieristica, i pasti, organizza attività ricreativo-culturali e di assistenza nelle attività quotidiane.

Questa struttura diventa, quindi, particolarmente utile per quelle famiglie che non hanno la possibilità di accudire i propri cari durante il giorno. Infatti, in questo luogo, si può avere la totale garanzia di una supervisione e di un sostegno della persona anziana per un tot di ore al giorno in cui si è impegnati in altre faccende.

### ✓ CASA DI RIPOSO:

è una struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi o che per senilità, per solitudine o altro motivo, richiedono garanzie di protezione nell'arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo.

Questa struttura offre: assistenza diurna e notturna, assistenza infermieristica anche individuale, somministrazione dei pasti, attività ricreativo - culturali e assistenza nelle attività quotidiane.

✓ RSA - Residenza Sanitaria Assistenziale:

residenza destinata a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate.

La R.S.A offre: assistenza diurna e notturna, i pasti, attività ricreativo-culturali, assistenza nelle attività quotidiane, assistenza sanitaria, assistenza infermieristica, riabilitativa e somministrazione di farmaci.

✓ R.P. - Residenza Protetta:

struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esisti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse. La Residenza Protetta offre: assistenza diurna e notturna, i pasti, attività ricreativo-culturali, assistenza nelle attività quotidiane, assistenza sanitaria con prestazioni medico-generiche, assistenza infermieristica, riabilitativa e somministrazione di farmaci.

## 1.6 La tutela dell'anziano

Parlare dei diritti degli anziani, quasi sempre, significa parlare di come assistere le persone che hanno perso l'autonomia, che non sono più autosufficienti, che hanno bisogno di assistenza continua. E, quindi, il discorso si identifica con quello che lo Stato è tenuto a fare per sostenere loro nel momento in cui sono più deboli.

### ❖ Il diritto degli anziani all'assistenza in caso di demenza

La demenza senile è uno dei problemi più comuni tra gli anziani. L'anziano non ha una malattia grave, ma ha una malattia seria. I suoi atteggiamenti cambiano, la sua irritabilità aumenta. Spesso è disorientato. La memoria recente piano piano scompare. Il risultato è un rapporto con l'anziano problematico e frustrante.

Quali sono, allora, i diritti degli anziani che soffrono di demenza senile?

I parenti più stretti possono, innanzitutto, accertarsi quale sia il problema se ci riferiamo ad una demenza o si tratta di qualcosa di più grave (un morbo di Alzheimer, per esempio).

Il medico di base che ha in cura l'anziano dovrà prescrivere alcuni esami strumentali in grado di aiutare ad individuare la diagnosi di demenza: una Tac o una risonanza magnetica del cervello sarebbero sufficienti. Ma, se proprio si vuole approfondire di più la situazione, si può chiedere anche una Spect, cioè la tomografia computerizzata ad emissione di fotone singolo. Terminologia complicata che, in realtà, ha uno scopo molto semplice: determinare il grado di demenza dell'anziano valutando il flusso di sangue al cervello per individuare la possibile cura.

La decisione da prendere quando al genitore anziano viene diagnosticata una demenza senile può variare sia in base alla gravità della malattia sia in base agli impegni quotidiani dei suoi familiari.

Se lo stadio della demenza senile consente di tenere l'anziano a casa, ci sono degli accorgimenti che possono evitare di rivolgersi ad una struttura esterna, come creare per lui un ambiente sicuro e tranquillo, mantenere una certa regolarità per pasti o attività giornaliere, affidargli dei compiti semplici.

Se, invece, lo stadio della malattia è più avanzato ci potrebbero essere le condizioni per un ricovero in una Rsa, ovvero in una Residenza sanitaria assistenziale, indipendentemente dall'età.

Condizioni come una malattia che possa avere delle conseguenze prolungate nel tempo e che provochi una perdita progressiva dell'autonomia del soggetto (la capacità di mangiare da solo o di deambulare, oppure l'incontinenza). Il paziente dovrà essere visitato da un medico dell'Asl di competenza territoriale per ottenere il certificato di non autosufficienza in cui viene segnato il grado di gravità della malattia. Con quel certificato, il parente dovrà contattare il Servizio sociale del Comune di residenza per fissare un appuntamento a domicilio, nel corso del quale bisognerà presentare la valutazione diagnostica in originale e in copia, l'eventuale certificato di invalidità ed il modello Isee. Spetterà al Servizio sociale decidere se optare per un ricovero diurno, per l'assistenza domiciliare o per un ricovero in una Rsa disponibile.

### ❖ I diritti degli anziani malati di Alzheimer

Uno dei diritti degli anziani malati di Alzheimer è quello di essere ricoverato a spese del Servizio sanitario nazionale. Per la Corte di Cassazione, in questo tipo di patologia, non si possono separare le attività socio-assistenziali da quelle sanitarie e, quindi, l'anziano con problemi di Alzheimer ha diritto a «prestazioni totalmente a carico del Ssn», anche se Regioni o Comuni dispongono il contrario. La Suprema Corte sancisce in modo ben preciso che «il diritto alla salute è protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana». Inoltre, «ogni promessa di pagamento da parte dei familiari al momento del ricovero è da ritenersi nulla» e non è possibile alcuna rivalsa nei confronti dell'anziano o dei parenti se, nel frattempo, il congiunto fosse deceduto.

Per accedere ai servizi di assistenza che si occupano di questo tipo di malattia, bisogna rivolgersi a:

- il medico curante per quanto riguarda i servizi sanitari e socio-sanitari;
- l'assistente sociale del Comune di residenza per i servizi socio-assistenziali;
- il Centro di assistenza domiciliare presso il Distretto socio-sanitario.

Ciascuno di questi interlocutori sarà in grado di consigliare la soluzione migliore per difendere i diritti degli anziani malati di Alzheimer.

### ❖ Il diritto all'assistenza domiciliare in caso di Alzheimer

L'assistenza domiciliare è un altro dei diritti degli anziani malati di Alzheimer. Può essere di due tipi: quello sanitario e quello sociale.

Il primo è un servizio gratuito erogato dall'Asl a persone con patologie croniche in fase avanzata e con elevati livelli di dipendenza, quindi anche agli anziani malati di Alzheimer. Vengono erogate prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali presso il domicilio del paziente. A chi rivolgersi? Al proprio medico curante.

L'assistenza domiciliare di tipo sociale, invece, non prevede delle prestazioni sanitarie ma soltanto quelle di natura socio-assistenziale mirate a consentire la permanenza dell'anziano nel normale ambiente di vita e di ridurre il ricorso al ricovero in strutture residenziali.

Le principali prestazioni erogate dal Servizio di Assistenza Domiciliare sono:

- l'aiuto per la cura della persona (igiene personale);
- l'aiuto per la gestione della casa (pulizie, commissioni e spese);
- il sostegno per lo svolgimento delle attività quotidiane;
- l'aiuto per il mantenimento dei rapporti con vicini ed amici.

Il servizio è gratuito per i nuclei familiari al di sotto di una certa soglia di reddito Isee, mentre è prevista la compartecipazione alla spesa delle famiglie che eccedono dai parametri stabiliti dalle Amministrazioni comunali.

Altre prestazioni socio-assistenziali a domicilio sono i buoni sociali, cioè i contributi economici per le famiglie che hanno a carico un anziano malato di Alzheimer, erogati in base ad un tetto limite dell'indicatore Isee, ed i pasti a domicilio, qualora fossero previsti nel Comune di residenza.

#### ❖ Il diritto al ricovero temporaneo

I servizi sociali del Comune di residenza possono valutare la possibilità di un ricovero temporaneo dell'anziano con problemi di Alzheimer. Viene chiamato anche «ricovero di sollievo».



### ❖ L'amministrazione di sostegno

Secondo la Legge, l'amministratore di sostegno è una figura istituita con il compito di assistere e sostenere quei soggetti deboli che per patologie fisiche e/o psichiche non sono in grado di provvedere – in maniera temporanea o permanente – ai propri interessi economici, patrimoniali e di cura della persona (cfr. Legge n. 6 del 09/01/2004 e artt. 404 e ss. Codice Civile). Può trattarsi di una persona sia interna che esterna al nucleo familiare.

L'attività svolta dall'amministratore di sostegno è normalmente a titolo gratuito. Tuttavia, il Giudice tutelare può decidere di attribuirgli un'indennità come rimborso spese.

La legge sostiene gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione, dando ai familiari che hanno a carico un anziano con problemi una possibilità in più per garantire i suoi diritti e la sua tutela attraverso la nomina di un amministratore di sostegno.

### ❖ L'indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento viene riconosciuta quando il paziente non ha la possibilità di deambulare in modo autonomo e, per questo, ha bisogno dell'aiuto costante di un accompagnatore oppure è una persona che ha bisogno di assistenza continua perché non più in grado di assolvere alle normali azioni quotidiane della vita.

A chi rivolgersi? All'Asl. Qui deve essere presentata la domanda dal richiedente invalido oppure da un suo legale rappresentante.

### ❖ La Legge 104/92<sup>2</sup>

Il parente anziano con problemi ha anche il diritto ad essere assistito dai parenti quando questi sono al lavoro. La legge 104/92 permette ai familiari di chiedere dei permessi per un'assistenza urgente al malato oppure per accompagnarlo in certi momenti della sua malattia, grazie a dei permessi speciali. I familiari (parenti o affini entro il terzo grado), nello specifico, che devono accudire un familiare non autosufficiente, entro il 3° grado di parentela, hanno diritto a tre giorni di permesso lavorativo retribuito al mese, che possono essere usati anche frazionati in ore, purché non si superi il triplo delle ore lavorative giornaliere. In base ad una recente sentenza della Corte di Cassazione è stato stabilito che il lavoratore può avvalersi dei 3 giorni di permesso mensili anche se il familiare da assistere non abita più in casa propria ma è ricoverato in una struttura residenziale, come una casa di riposo. Il divieto comunque permane se la struttura, oltre ai servizi di tipo alberghiero, fornisce anche prestazioni sanitarie continue, come nel caso della RSA.

A chi rivolgersi? All'Inps e al proprio datore di lavoro.

### ❖ Il diritto dell'anziano all'esenzione dal ticket sanitario

Gli anziani hanno diritto all'esenzione dal ticket sanitario a certe condizioni, premesso che a dettare legge, in questo caso, sono le Regioni e che, quindi, dall'una all'altra ci può essere qualche variazione.

In linea di massima, hanno diritto all'esenzione dal ticket gli anziani con più di 65 anni che appartengono ad un nucleo familiare con reddito fino a 36.151,98 euro annui lordi. E' considerato nucleo familiare la persona anziana, il suo coniuge e le persone che sono fiscalmente a carico dell'anziano (codice E01).

<sup>2</sup><https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

## CAPITOLO 2

### L' EDUCATORE PROFESSIONALE

#### 2.1 Il ruolo dell'educatore nei servizi

Attualmente il profilo professionale dell'Educatore Professionale è quello declinato dal DM 8 ottobre 1998, n. 520<sup>3</sup>- “Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

Nel DM 520/98 l'educatore professionale viene descritto come l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà”.

Il riconoscimento da parte del Ministero della Salute ha inserito la nostra figura tra le professioni sanitarie dell'area della riabilitazione (DM 19/3/1999), ha connotato la professione come professione dotata di autonomia professionale. L'Educatore professionale ad oggi è professione ordinata le cui attività sono riservate e pertanto l'operatività, in tutti gli ambiti di intervento, deve essere legata all'iscrizione all'albo professionale. Perciò quanto descritto sopra: il Ministero della Sanità individua la figura professionale come l'operatore professionale che attua progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana.

<sup>3</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg>

Per attuare il progetto, l'educatore programma, gestisce e verifica gli interventi educativi mirati al soggetto preso in carico

All'interno del codice deontologico, s'individuano le responsabilità, doveri e impegni, applicabili nell'esercizio della professione dell'educatore professionale indipendentemente dalla situazione di lavoro, dall'utenza di riferimento, dall'organizzazione dei servizi in cui opera. Il C.D. ha come obiettivo quello di determinare e garantire la qualità della pratica professionale degli E.P.

L'educatore professionale è quindi un professionista che attraverso interventi educativi definiti da un progetto individualizzato e alla collaborazione in equipe accompagna la persona con disagio nel suo percorso di crescita.

Questa professione nasce alla fine degli anni 70 che vengono istituite le prime leggi che si pongono l'obiettivo di rispondere in maniera globale ed uguale sul territorio nazionale ai bisogni di Salute dei cittadini.

L'educatore professionale in Italia trova impiego in molti settori, ma è normato e riconosciuto solo nell'area sanitaria che ne ha definito il profilo professionale con apposito decreto del Ministro della Sanità (n. 520/98).

## **2.2 La funzione educativa e riabilitativa dell'educatore professionale nel settore degli anziani non autosufficienti**

L'educatore professionale<sup>4</sup> è una figura ormai stabilmente strutturata all'interno dei servizi residenziali con una specificità tesa alla promozione della persona nella sua totalità.

<sup>4</sup> L'infermiere N°5, notiziario aggiornamenti professionali, Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Settembre-Ottobre 2015

L'analisi dell'attuale realtà della popolazione anziana, evidenzia una complessità di bisogni in continuo aumento e nessun servizio, per quanto qualitativamente elevato, è in grado oggi, da solo, di dare una sufficiente risposta alle diverse esigenze; per questo motivo si parla di Rete dei servizi (residenziali, semiresidenziali, pubblici, privati, territoriali) e di continuativa e significativa integrazione fra gli stessi per fronteggiare e rispondere adeguatamente ai bisogni della realtà anziana.

Che cosa significa educare con le persone affette da demenza?

Significa: trattenere -riabilitare - riattivare le competenze, potenzialità, abilità nuove o nascoste ma anche: autostima - la storia di vita - il contatto con il mondo.

La specificità di un percorso educativo con queste persone si deve concretizzare  
Metodologia: programmazione, progettazione, gestione, realizzazione e verifica di interventi educativi, intenzionali e continuativi, finalizzati ad obiettivi formativi, terapeutici e di riabilitazione psico-sociale verificabili mediante metodologie sistematiche e continuative.

- Produzione di testi, manuali e schede;
- Utilizzo di materiale adeguato.
- L'educatore: "essere" per aiutare ad "essere"
- Pone al centro del suo agire la persona nella sua complessità, promuove la persona intesa come entità che possiede sia limiti che potenzialità poiché l'anziano, prima di esser tale, è persona e come tale deve essere considerato senza farci coinvolgere solo dalla parte malata, sia essa fisica che mentale;
- Mira alla riduzione del disagio, al mantenimento o al potenziamento del benessere psico-fisico, a garantire una qualità di vita dignitosa e gratificante per la persona;

- Deve essere presente nella loro quotidianità, dimostrando disponibilità all'ascolto attraverso una relazione d'aiuto discreta e mai invasiva, una relazione capace di aiutare la persona a ritrovare una comprensione ai loro vuoti.
- Deve accogliere l'anziano con le sue paure, dubbi, aggressività, pianto e riso, nelle sue azioni di vita quotidiana;
- Deve ascoltarlo inteso come sentire le sue emozioni e i suoi desideri per aiutare la persona a ritrovare un equilibrio diventato ormai precario, una compensazione ai loro vuoti;
- Deve avere empatia per cogliere e raggiungere la sua parte triste, arrabbiata e confusa;

Aiutare la persona a conservare la propria dignità, evitando scontri e mantenendo il senso dell'umorismo: l'anziano assistito è ancora un individuo che sente emozioni e sentimenti, non parlare della sua malattia in sua presenza, ridere con lui ma non di lui.

Aiutare il malato a far uso delle abilità esistenti: lavoro educativo per gli educatori, qualità di vita per lui. Utilizzare i supporti per facilitare la memoria chiedendo ai parenti di portare vecchie fotografie, permettere loro di riconoscersi, di conservare la propria biografia. L'educatore deve assumere un comportamento appropriato da adottare in caso di aggressività fisica e verbale.

Accanto quindi alle attività ludiche, teatrali, laboratoriali ed occupazionali in cui era impegnato fin dall'inizio, oggi l'educatore professionale è sempre più il professionista che accoglie e soddisfa i bisogni di socializzazione e di relazione, di recupero della memoria e della storia individuale e familiare, di mantenimento e potenziamento della capacità ed abilità cognitive ed espressive anche di persone parzialmente o non autosufficienti.

Nelle strutture per anziani, spesso l'educatore è il professionista che nel servizio di accoglienza ed inserimento, contatta per primo la persona e i familiari nei colloqui iniziali. Questo è, infatti, un momento molto delicato, perché coincide con un distacco dalla propria abitazione e dal nucleo dove si è passata una vita.

L'educatore professionale si occupa quindi di introdurre l'anziano nel suo nuovo mondo, fatto di ritmi e regole ma anche di opportunità completamente nuove e non sempre accettate o accettabili.

È quindi importante che la persona si senta accolta, compresa, e possa intravedere un "nuova vita" per gli anni futuri, ricca di stimoli, significati e valori.

Nelle strutture residenziali molte delle attività proposte dalle équipes educative sono quindi improntate a ricreare un clima familiare ed accogliente, stimolante e non opprimente, che sappia valorizzare le attitudini, i saperi, le capacità della persona anziana, e che siano adeguate ai tempi e all'età. L'attenzione è anche rivolta a non svalutare la persona e la sua storia, costringendola a frequentare gruppi ed attività che non corrispondono al suo livello culturale, sociale e cognitivo.

L'ottica è quella del mantenimento e del potenziamento, quando possibile, delle capacità, anche se residue, attraverso la progettazione e gestione di attività legate alla vita quotidiana, che hanno lo scopo di essere un tramite per raggiungere gli obiettivi educativi che ci si è posti.

### **2.3 La relazione con l'anziano**

Le competenze dell'Educatore Professionale inserito nelle strutture per anziani e, in particolare, nei Centri di Riabilitazione per pazienti dementi, possono assumere delle caratteristiche ancora più accurate:

o saper interpretare i bisogni, saper indagare, saper osservare

significa essere capaci di leggere correttamente la realtà sociale in cui si opera, rilevando i servizi e i bisogni reali che sottostanno alla domanda espressa; vuol dire essere in grado di sviluppare la conoscenza del contesto istituzionale in cui ci si trova ad operare ed affinare la relazione intesa come relazione reciproca senza mai dimenticare che l'anziano, prima di essere tale, è persona e come tale deve essere considerato senza farci coinvolgere solo dalla sua parte malata, sia essa fisica o mentale perché, nel momento in cui non si tiene presente tale complessità e completezza, l'intervento dell'Educatore decade divenendo parcellizzato e incompleto.

Ogni malato di Alzheimer esprime una "piccola realtà", l'una diversa dalle altre, con una sua storia ed un suo vissuto da rispettare.

Questo vissuto diventa per l'Educatore Professionale documento storico da valorizzare e da recuperare nel suo significato più pieno.

o saper ascoltare, saper comunicare e saper relazionarsi

chi lavora a stretto contatto con le persone anziane deve essere presente nella loro quotidianità, dimostrando disponibilità all'ascolto attraverso una relazione di aiuto integrata, mediata, mai invasiva: una relazione capace di aiutare la persona a ritrovare un equilibrio diventato precario, una compensazione ai loro vuoti. Il demente, infatti, come dice il termine (de-mente: estraneo, fuori della mente) è un ricco diventato povero, un soggetto in cui al deficit cognitivo-intellettuale si sommano altri disturbi di tipo comportamentale, giungendo molto spesso ad una condizione di compromissione devastante.



Possiamo parlare di comunicazione interpersonale, che trova nella relazione la sua dimensione affettiva, e di metacomunicazione, che individua nei bisogni e nelle richieste emerse il contenuto.

Ognuno, però, è anche frutto delle esperienze passate.

L'anziano demente, pertanto, se da una parte è un ricco diventato povero, dall'altra (all'interno del suo Io seppur modificato, alterato o camuffato) è presente con un bagaglio esperienziale e culturale e con una storia di vita unica e irripetibile: il punto focale è scoprirlo, portarlo alla luce agendo sulla sua vita quotidiana. L'Educatore ha allora il compito di valorizzare il tempo tra una terapia farmacologica e l'altra, tra il pranzo e la cena (l'anziano è più disponibile e meno impaurito e perso), ma deve investire sul tempo della relazione; investire non solo sui bisogni (con progetti educativi, animativi, riabilitativi e mirati), ma sui suoi desideri poiché sono unici, soggettivi, intimi, insostituibili e, perché no, mutevoli.

#### o saper apprendere

è importante rafforzare e migliorare la propria professionalità di Educatore, sviluppando in modo maggiore le capacità di osservazione, di indagine e di ascolto; dosando in modo pertinente il silenzio e la parola; andando a stimolare chi si ha di fronte senza per questo costringere.

Vicino ai pazienti dementi, gli Educatori si accorgono e comprendono che spesso il loro ruolo si riduce ad un semplice dettaglio allora si lasciano "educare alla demenza" considerando il valore, i limiti e le preziosità delle singole persone di cui si occupano. Se l'Educatore riesce a valorizzare e a colorare i contenuti della vita di questi pazienti e a raggiungere la condivisione, la partecipazione affettiva e comunicativa del destino dell'anziano demente, allora tutto il lavoro diventa vita per l'ospite e patrimonio personale ricco di significati per lui stesso.

## 2.4 L'Educatore professionale e i caregiver

In Italia, diversi sono i servizi di sostegno messi a disposizione dei caregiver<sup>5</sup>, anche se spesso limitati nella loro diffusione territoriale: il training educativo e informativo incentrato sulla malattia, ma anche il potenziamento delle capacità di “problem solving” e delle strategie di “coping” (potenziando cioè la capacità di affrontare e fronteggiare lo stress); il “counselling”, che offre supporto emotivo immediato attraverso il dialogo e l’interazione duale con un consulente; ed infine i gruppi di auto mutuo aiuto, in cui è possibile confrontarsi con altri caregiver, prendendo conoscenza delle proprie difficoltà e potenzialità.

Il ruolo svolto dai gruppi di auto mutuo aiuto appare quantitativamente cruciale e strategico, la loro capacità intrinseca di riuscire a fornire ai caregiver di anziani non autosufficienti, ed in particolare dementi, quel sostegno emotivo e psicologico – ma spesso anche organizzativo e logistico – che altre misure e interventi disponibili non riescono a proporre in misura altrettanto efficace. Il gruppo di auto mutuo aiuto si può infatti definire come “un momento d’incontro tra persone, singole, in coppia o famiglie, unite da uno stesso problema per rompere l’isolamento, raccontarsi le proprie esperienze di vita (gioiose o dolorose), scambiarsi informazioni e soluzioni, condividere sofferenze e conquiste con l’obiettivo di riscoprirsi risorsa, non solo per sé, ma per l’intera collettività”. L’auto mutuo aiuto va inteso come una metodologia praticabile ed efficace, oltre che preventiva, che integra ed estende l’attuale sistema di cure socio-sanitarie, soprattutto nell’ambito della salute mentale e quindi dell’anziano non autosufficiente, al punto da essere definita come un “movimento sociale emergente”.

<sup>5</sup> Demenza e caregiver-i luoghi della cura

Durante gli incontri dei gruppi di auto mutuo aiuto ogni membro è infatti protagonista nella scoperta delle proprie esigenze e dei propri progetti e desideri attraverso un processo di dialogo circolare continuo: la grande solitudine, il

profondo silenzio in cui restano relegate le emozioni e il ruolo e prospettive dei gruppi di auto mutuo aiuto per familiari caregiver di anziani non autosufficienti.

La condizione “alla pari” dei partecipanti favorisce l’abbassamento delle difese psicologiche, la comunicazione diretta sulla base di esperienze comuni e l’identificazione in un cammino evolutivo di crescita e di cambiamento. Obiettivo centrale è quindi accrescere la capacità di auto-tutela emotiva e di difesa dallo stress, diminuire le conflittualità interne, far arrivare le persone che ne hanno bisogno a chiedere aiuto agli altri; inoltre, attraverso il ruolo pro-attivo dei partecipanti, si promuovono attitudini e competenze degli individui e delle famiglie, favorendo il riconoscimento dei propri bisogni e il farvi fronte, evitando l’atteggiamento di delega passivizzante. Specificatamente nei gruppi di familiari il caregiver di anziani non autosufficienti, attraverso il sostegno reciproco dei membri, ha l’opportunità di scoprire gli strumenti che ha dentro di sé, che possono aiutarlo a migliorare la qualità di vita e ad uscire dall’isolamento, confrontandosi con persone che vivono lo stesso disagio: se il gruppo funziona bene, si riappropria di se stesso e delle proprie esigenze, sentendosi meno isolato ed infelice, oltre che più aperto e disponibile ai contatti con il mondo.

## **2.5 Il ruolo dell’educatore professionale nel Centro Diurno Alzheimer**

### **I.N.R.C.A**

Nel 2018 ho svolto il mio primo tirocinio presso il Centro Diurno Alzheimer dell’I.N.R.C.A di Ancona. La struttura si trova all’interno della Villa Gusso nella zona del Passetto.

L'equipe multidisciplinare è formata da un educatore, due Oss, tre psicologhe, un neurologo e un volontario che svolge la funzione di autista del pulmino.

Il centro diurno ha una recettività di 20 persone, ed è destinato a soggetti affetti dalla malattia di Alzheimer, che per il livello di deficit cognitivo e delle abilità funzionali e per le presenze o meno di alterazioni comportamentali, possono giovare delle soluzioni ambientali e delle apposite metodologie assistenziali e riabilitative proprie del CDA.

Il modello assistenziale è caratterizzato da flessibilità, programmazione individuale e concretezza. Il paziente non deve essere né “sotto aiutato” (mancata soddisfazione dei bisogni) né “sovra aiutato” (perdita delle abilità).

Le attività hanno come obiettivo la stimolazione delle capacità residue e il miglioramento della qualità della vita.

Il ruolo dell'educatore professionale è quello di effettuare la programmazione delle attività educative del centro, la ricerca delle attività da proporre, la stimolazione delle autonomie residue e la conduzione di un gruppo di ospiti. Inoltre svolge le valutazioni trimestrali MMSE e semestrali ADL.

L'educatore professionale effettua la valutazione all'ingresso del paziente, al fine di costruire il Piano di trattamento assistenziale, PAI. Questa consiste in un colloquio con il caregiver (somministrazione del questionario informativo e della scala CBI) e un colloquio con il paziente (somministrazione dei test standardizzati).

Successivamente i pazienti vengono suddivisi in gruppi:

- 1° gruppo: paziente con demenza in fase iniziale con buone capacità residue;
- 2° gruppo: paziente con demenza in fase moderata in cui la compromissione delle funzioni cognitive e funzionali è più evidente;

- 3° gruppo: pazienti con demenza in fase moderata-grave con perdita quasi completa delle funzioni cognitive e parziale delle autonomie.

Nello specifico le attività proposte sono la: la ROT, la Terapia della Reminiscenza e i programmi di Memory Training, esercizi di stimolazione delle funzioni cognitive e della memoria procedurale, interventi rivolti soprattutto al mantenimento o al recupero di base dell'igiene personale, della cura della persona, dell'alimentazione e della continenza. Attività che favoriscono la socializzazione (es. giochi da tavola, pittura), l'ascolto musicale con finalità di rilassamento e per la stimolazione cognitiva attraverso l'ascolto di brani familiari all'esperienza di pazienti. Un'altra attività centrale del CDA, effettuata sempre dall'educatore, è la costruzione di specifiche pagine per poter comporre l'album della storia di vita del singolo paziente. A questa attività ho partecipato durante lo svolgimento del tirocinio.

## CAPITOLO 3

### LA NARRAZIONE AUTOBIOGRAFICA

#### 3.1 Definizione

All'origine di ogni società e di ogni cultura esiste un bisogno profondo di narrare, che è un bisogno di raccontare e di raccontarsi. Ma il bisogno di narrare incarna anche un desiderio di riconoscimento: raccontare significa prendere coscienza di sé, dei propri problemi, della realtà che ci circonda. Attraverso la narrazione l'io scopre sé stesso, si comprende, mette a distanza le cose, fa l'esperienza di sentirsi vivo. Esiste un rapporto strettissimo tra la narrazione. e la morte. Fino a quando abbiamo qualcosa da raccontare c'è vita: l'unica cosa che non possiamo raccontare è la nostra morte. Il bisogno di narrare, infine, risponde anche a una richiesta di orientamento. Raccontare, in questo senso, significa costruire in forma semplice, e quindi accessibile a tutti, rappresentazioni del mondo, chiavi di lettura per decifrarlo.

L'autobiografia è un particolare tipo di narrazione. Il racconto autobiografico è da sempre presente nella storia umana. Infatti i saperi derivati dalle esperienze individuali venivano comunicati oralmente attraverso racconti autobiografici allo scopo di fissarli nella memoria del gruppo<sup>6</sup>.

È con l'avvento della scrittura però che la scrittura autobiografica assume altri caratteri e offre altre possibilità. Infatti i pensieri, i sentimenti, le emozioni, insomma il vissuto, vengono continuamente rielaborati dalla mente umana, ma restano in uno stato di labilità se non vengono fissati dalla scrittura. È la scrittura che, in pratica, consente al narratore autobiografico di attuare un processo di rielaborazione dei ricordi, proprio nello stesso atto dello scrivere.

<sup>6</sup>

<https://www.treccani.it/vocabolario/autobiografia/#:~:text=autobiograf%C3%ACa%20s.%20f.%20%5Bcomp.,a.%3B%20l'a.>

Ed è proprio attraverso l'atto successivo della lettura che si rende possibile un processo di riflessione e approfondimento sulle vicende della propria storia.

Nel caso specifico dei soggetti anziani, cui il contributo è dedicato, il metodo autobiografico consente di ripensare a tutti i cambiamenti che hanno caratterizzato la propria vita per analizzare più dettagliatamente le svolte esistenziali e fare quindi un bilancio tra le diverse esperienze che hanno contribuito a costruire l'identità di soggetto anziano.

Il racconto si pone, quindi, come un oggetto intermedio e simbolico attraverso cui condividere argomenti taciuti, dimenticati o nascosti, desideri e paure. Ma è anche un facilitatore delle possibilità creative della mente, poiché ingloba tutti i linguaggi espressivi.

Nel lavoro con pazienti con demenza di Alzheimer, la narrazione diventa autobiografia che ricostruisce tasselli di memoria che riportano nel presente i destinatari, incoraggiando il sereno confronto con i cambiamenti che interessano i diversi aspetti della identità personale e sociale, cambiamenti che sono

- fisici, per via della diminuzione delle funzioni visive e uditive;
- della forza fisica e della mobilità;
- di affetti;
- di ambiente, se si pensa che l'anziano abbandona la propria casa per trasferirsi in una struttura protetta, il più delle volte dopo la perdita del coniuge;
- sul piano del generale deterioramento della salute.

Il metodo narrativo – biografico nasce come valorizzazione della memoria e della narrazione del ricordo di sé e rappresenta un valido strumento per la relazione di aiuto e per il benessere psicologico. Il nucleo centrale sta nel dare voce alla propria storia mettendo insieme i pezzi della propria vita, come nella realizzazione di un vero e proprio mosaico e fornisce un vero senso di sé.

La storia più interessante è la storia della propria vita, cioè la storia autobiografica. La costruzione delle storie di vita è un'attività che impegna l'operatore e il paziente per un lungo tempo ed è indicata a tutte le persone anziane ma anche a coloro che sono in una fase iniziale della malattia di Alzheimer, dove l'accesso al ricordo può essere più facile; ciò non preclude, anche in fasi avanzate sia possibile costruire un album fotografico.

Nella persona con problemi di demenza si evidenziano precocemente i disturbi della memoria episodica e della memoria autobiografica<sup>7</sup>. Il malato può essere in grado di ricordare il proprio luogo di nascita, il nome della propria madre, ma contemporaneamente, non riuscire a focalizzare episodi salienti della propria biografia (essere sposato, avere figli, ecc....) Tali particolari rappresentano forse l'esperienza più drammatica per il familiare caregiver, unico testimone della dolorosa impotenza suscitata dalla cancellazione della storia di una vita e, quindi, della stessa identità della persona amata.

Costruire un album fotografico, utilizzando fotografie e documenti dell'anziano, possono stimolare i ricordi e l'accesso ad essi, sfociando laddove se ne verificano le condizioni, in un testo narrativo in cui viene ripercorsa la storia di una vita passata e attuale.

### **3.2 La fotografia come comunicazione personale**

Ogni foto può "raccontare", oltre a ciò che rappresenta, molti altri eventi a essa associati. Una classica foto di gruppo dei compagni di scuola, ad esempio, può richiamare alla memoria la figura del maestro, o il disagio di raggiungere a piedi l'edificio scolastico lontano, o la necessità di interrompere il corso degli studi per iniziare a lavorare.

<sup>7</sup>E. BRUCE, S. HODGSON, P. SCHWEITZER, I ricordi che curano. Pratiche di reminiscenza nella Malattia di Alzheimer, Raffaello Corina Editore, Milano 2003.



Non è certo che il flusso dei ricordi corrisponda effettivamente al periodo esaminato o a ciò che è accaduto nella realtà.

Sfuma la precisione ma rimane l'essenza emotiva. L'ingrediente principale di questa attività è di certo, le fotografie del paziente. L'immagine rispetto alla parola sempre più vicina agli oggetti ed è capace di instaurare un rapporto immediato con la realtà e con le emozioni. È per questo motivo che alcuni operatori usano la fotografia come comunicazione personale.

La spinta a usare le immagini in termini auto curativi, guardando e riordinando le proprie fotografie in certi periodi, deriva dall'esigenza di rivedere la propria storia e di rileggerla. Possiamo quindi considerare le fotografie non solo come "specchi della vita" e riflesso dei sentimenti, ma soprattutto come "ancore" grazie alle quali è possibile rievocare momenti e sentimenti passati. Quando si recupera un ricordo lo stimolo viene ricostruito, in quanto la memoria agisce su un fenomeno attivo che avviene nel presente e che non è interamente obiettivo, perché è nuovamente creato nella nostra mente coniugando gli elementi passati e presenti di cui essa dispone, ed è sempre un po' diverso dalla realtà che l'ha originato.

Siccome che la maggior parte degli stimoli passa attraverso gli occhi, le immagini sono fondamentali sia per l'esperienza immediata e sia per il ricordo. Le fotografie sono quindi una forma di riconoscimento. Inoltre è un oggetto intriso di ricordi sensoriali: osservandola la persona la riconosce come una cosa propria, come parte di sé. È composta anche da odori, colori e le macchie del tempo trascorso.

Attraverso la fotografia si possono ricostruire storie di vita delle persone, ciò che hanno vissuto e che non sempre riescono a richiamare.

### **3.3 La mia esperienza di tirocinio al Centro Diurno Alzheimer I.N.R.C.A**

Il tirocinio del primo anno, l'ho svolto all'interno del centro diurno Alzheimer dell'I.N.R.C.A. Gli obiettivi formativi che ho dovuto perseguire sono stati:

- la conoscenza principale della tipologia di utenza dei servizi socio-sanitari e socio-educativi di competenza della professione di educatore professionale;
- osservare e conoscere le competenze professionali esercitate dagli Educatori professionali nei diversi settori di attività;
- sperimentare la relazione con i fruitori dei servizi;
- esplorare ed elaborare la personale dimensione motivazionale conseguente all'esperienza con l'utenza.

Durante la permanenza all'interno della struttura ho potuto svolgere una molteplicità di attività che mi hanno permesso di raggiungere gli obiettivi formativi, tra questi, il principale è l'osservazione. Quest'ultima è una parte della metodologia propria dell'educatore professionale indispensabile per iniziare una relazione con l'utenza e per poi pianificare e organizzare le attività del progetto educativo.

Oltre a mettere in pratica la relazione e l'osservazione, il tutor guida e gli altri operatori mi hanno dato l'opportunità di proporre attività come la Rot e la memory training. Quasi al termine del tirocinio mi hanno anche fatto gestire in maniera autonoma un gruppo, sempre sotto la supervisione del tutor.

Il gruppo da me gestito era il primo gruppo, composto da anziani con demenza in fase iniziale e con buone capacità residue.

Oltre a mantenere il gruppo e proporre le attività educative, osservavo tutte le attività che il centro diurno offre ai suoi pazienti.

Mettevo in atto l'osservazione non partecipata, un tipo di rilevazione nella quale l'osservatore, spesso utilizzando gli stessi strumenti dell'osservatore partecipante, cerca di influenzare il meno possibile ciò che avviene nel contesto osservato, ricoprendo una posizione esterna alla realtà studiata e non interagendo con essa. L'attività osservativa metodologicamente strutturata permette di cogliere un insieme di dati, fra loro connessi.

Partendo, quindi, da questo concetto posso dire di aver osservato, anche se in minima parte, l'inizio di un progetto: la narrazione autobiografica.

Dall'osservazione che ho effettuato è emerso che, il progetto si stava svolgendo con la signora Marisa, la quale apparteneva al secondo gruppo perciò era una paziente con demenza in fase moderata in cui la compromissione delle funzioni cognitive e funzionali era molto più evidente, soprattutto nell'area cognitiva e motoria. Una signora colta e molto loquace, principalmente della sua vita da moglie e mamma. La prima attività come poi verrà specificato nel dettaglio è stata proprio quella di parlare con lei per proporle il progetto educativo che saremmo andati a svolgere osservando la sua reazione per comprendere se l'attività fosse adatta a lei.

La seconda attività è stata quella di raccogliere alcune sue foto potendo contare sulla collaborazione delle figlie.

Purtroppo non ho potuto più seguire le attività successive poiché ero arrivata al termine del mio tirocinio, anche se l'educatrice che lo conduceva mi ha spiegato, fase per fase, ciò che sarebbe andata a svolgere con la signora Marisa e le finalità del progetto.

Pensando ora ad una valutazione della signora posso ipotizzare che questo tipo di intervento è stato efficace e utile poiché nell'area cognitiva la signora Marisa era nella fase già moderata ed è per questo che svolgere tale attività può aver portato ad un rallentamento del declino e inoltre ampliare i suoi racconti avendo con sé le proprie foto. E' importante per rinforzare i comportamenti della paziente.

### **3.4 Le finalità del progetto**

Gli scopi dell'album che il paziente andrà a realizzare sono molteplici:

- costruire un contenitore esterno alla memoria per conservare i ricordi passati e presenti;
- nella costruzione la persona viene coinvolta in alcune attività che stimolano le varie capacità;
- può essere uno strumento per i caregiver per stimolare il proprio familiare a casa e può costruire un ricordo positivo del loro congiunto.

Gli obiettivi principali della realizzazione di questo progetto, toccano alcune aree di interesse del paziente.

Perciò nell'area cognitiva la capacità di mnesiche, attentive ed esecutive, prassiche e visus spaziali;

nell'area sensoriale e percettiva la stimolazione dei cinque sensi;

area della motricità la capacità fino e grosso-motoria, coordinazione oculo manale e l'uso preciso degli strumenti e infine come ultima, l'area della personalità e della socialità ovvero lo svolgimento di attività singole o di gruppo, la socializzazione con altri pazienti e infine l'autostima.

Raccontare la propria storia assolve svariate funzioni fondamentali tra i quali:

- sviluppare e mantenere un senso di identità;

- porre ordine all'interno di eventi spesso caotici e difficilmente spiegabili;
- svolgere un ruolo attivo di narratore e condividere con chi ascolta la possibile interpretazione degli avvenimenti;
- instaurare un rapporto con la realtà e con le emozioni;
- assumere un ruolo di difesa del sé, di fronte alla disgregazione e alla confusione, soprattutto per le persone con un disturbo cognitivo maggiore.

La costruzione dell'album di vita svolge un'azione di rafforzamento dell'identità e permette il potenziamento dell'autostima, perché coinvolge il paziente nella realizzazione di un oggetto in cui si rispecchia.

È uno strumento che può essere modificato a seconda dello stato di memoria del paziente e delle sue difficoltà.

### **3.5 La programmazione delle attività educative**

La stesura del progetto è costituita da diverse fasi e la strutturazione varia a seconda del numero degli incontri pianificati, dello stato di memoria della persona e del coinvolgimento del paziente.

Per poter svolgere al meglio quanto descritto sopra possiamo suddividere le attività in fasi<sup>8</sup> per poter svolgerlo in maniera precisa e ordinata agevolando il paziente.

- I. La prima attività da svolgere è proprio il recupero di materiale fotografico o di altri documenti necessari per l'accesso alla memoria autobiografica della persona.

<sup>8</sup> E. GRANDI, Costruire la storia di vita con la persona con demenza, Erickson, Trento 2016

Per reperire il materiale utile per la realizzazione, verranno coinvolti i familiari del paziente per far avere tutte le fotografie e/o documenti utili per la ricostruzione. Una volta recuperato il materiale richiesto ai familiari, sarebbe opportuno proporre l'attività al paziente, organizzando l'incontro in un luogo intimo e ben strutturato per illustrargli l'idea della ricostruzione della propria storia. In questo momento si faranno vedere le fotografie, specificando che il materiale è stato fornito dai familiari con lo scopo di essere riordinato in un album.

Per motivare il paziente a svolgere l'attività, si potrebbe mostrare un album di un paziente e il quaderno vuoto pronto per lui.

Dopo aver proposto al paziente l'attività, si procederà all'organizzazione del materiale fotografico. L'educatore professionale e l'anziano visionano insieme le fotografie, instaurando un dialogo. Tutte le informazioni che il paziente fornirà (date, nomi, luoghi, ecc....) vanno scritte a matita in maniera sintetica dietro alle singole foto. Questo tipo di incontro può necessitare di più incontri a volte. Alla fine di questi incontri, quando l'educatore professionale avrà a disposizione una quantità di materiale di potrà passare alla costruzione del contenitore per riporre le foto. Questa attività consiste nel costruire una scatola, possibilmente con il coperchio e abbastanza capiente. Verrà dipinta dal paziente e la potrà decorare come più le piace.

Questa attività è molto importante perché dà un particolare significato a tutta l'attività.

II. Gli incontri con il paziente, per osservare le fotografie, instaurano la relazione di fiducia con l'educatore professionale e permettono di capire lo stato della memoria autobiografica. A questo punto si può procedere sottoponendo l'anziano ad un'intervista, utilizzando le fotografie, che fungeranno da supporto per rievocare e raccontare.

In questa fase si darà un senso e una collocazione alle fotografie, temporale e di significato, e si attiveranno dei ricordi; si inizierà a comporre un testo narrativo che accompagnerà le foto.

Per comporre il testo, si può suddividere il materiale in ordine cronologico, costruire una griglia con le domande da sottoporre al paziente che andranno a comporre l'intervista. Inoltre si deve scegliere le modalità di registrazione dei dati forniti dall'intervista più consona alle proprie esigenze.

III. La fase successiva consiste nell'inizio della storia di vita o dell'album fotografico, il paziente ricopierà la propria storia. L'educatore professionale dovrà stampare il testo definitivo dell'intervista, assicurandosi che sia con la grandezza e il carattere giusto affinché l'anziano riuscirà a ricopiarlo, e fornire una serie di cartoncini in cui lo spazio sarà suddiviso in righe.

Può capitare che ricopiando l'intervista, il paziente modifica il testo, aggiungendo o eliminando alcune parti ma questo è una dimostrazione che l'anziano si sta trovando a suo agio e che sta facendo una rivisitazione di ciò che ha detto precedentemente.

IV. Le foto andranno attaccate fronte e retro su alcuni cartoncini che poi diventeranno le pagine dell'album. Questi cartoncini verranno infilati nelle buste forate e poi numerate sono alla fine del percorso in modo da collocare in maniere cronologica gli avvenimenti. È un semplice strumento, agevole e pratico per allenare l'orientamento temporale.

L'educatore professionale deve invitare il paziente a scrivere una frase che indichi i protagonisti della foto, l'anno, il luogo per aiutare a chi legge.

La scrittura, per alcuni pazienti può essere un'attività che genera ansia o frustrazione, perché potrebbero essere convinti di avere una brutta calligrafia, un'istruzione inadeguata al compito richiesto, o magari hanno paura di sbagliare al compito richiesto.

L'educatore professionale in questo caso può fornire all'anziano tutti gli aiuti possibili per invogliare la persona a scrivere; lodare la sua scrittura, spiegando che è bella perché è proprio la sua, rassicurare il paziente e creare un ambiente tranquillo e rilassante, dettare le frasi pensate insieme ecc.

Durante questo processo è importante stare in ascolto del paziente.

È qui che entra in gioco la capacità dell'educatore di accogliere la carica emotiva o la sofferenza che emergono, facendole sfogare, o proponendo un'altra attività. Nella relazione che piano piano si sta instaurando con il paziente, è importante che egli possa fidarsi. Accettare il suo senso di inadeguatezza e le sue frustrazioni senza negarle lo aiuterà a sentirsi maggiormente accolto e per noi educatori professionali a sentirci più vicino a persone che stanno perdendo la loro identità.

V. La quinta fase delle attività consiste nella costruzione di specifiche pagine. Il quaderno ad anelli che contiene le pagine dell'album ha una funzione importante ovvero permette di collocare i ricordi che emergono successivamente durante la costruzione dell'album nei punti giusti rispettando la linea del tempo. Di pari passo alla riorganizzazione della storia di vita, l'educatore professionale raccoglie e aiuta a riordinare i ricordi, cercando di raggrupparli nell'album. Per caratterizzare le pagine e pensandole insieme, in modo che rispecchiano la persona, aiutando la persona alla guida e alla scelta assecondando ogni suo gusto e cultura

VI. Una volta finito di costruire l'album, e nel momento in cui non riuscirà più a contenere le pagine si andrà a costruire una scatola e/o una copertina per aggiungere le pagine dell'album.



### **3.6 Valutazione e verifica**

Riprendendo il paragrafo precedente e condividendo il progetto specificato, al termine del terzo anno della carriera universitaria tra gli obiettivi formativi del tirocinio che ogni studente doveva perseguire c'era da approfondire l'elaborazione, l'attuazione e la verifica di un progetto educativo individuale e/o di gruppo e strutturare una valutazione di processo e di esito degli interventi educativi svolti.

Dopo aver svolto osservazione durante il tirocinio del primo anno, ora da futura educatrice professionale posso ipotizzare una valutazione e verifica del progetto grazie alle competenze acquisite. La valutazione deve essere svolta in maniera metodologica e costante, ben scandita nel tempo, per osservare nuove potenzialità o predisposizioni, un lento o un veloce declino.

Per osservare appunto ciò e valutare lo svolgimento del progetto si può utilizzare delle schede di valutazione per registrare tutte le osservazioni che svolgiamo sul paziente e/o sul gruppo per poi fare una valutazione e verifica.

Le schede di valutazione che verranno riportare in seguito possono essere gestite e riorganizzate dall'educatore professionale in base al contesto in cui agisce e alle tipologie di attività che propone e infine gli obiettivi a cui il progetto è rivolto.

Per questo è molto importante che la registrazione abbia i requisiti di obiettività, oggettività e assenza di giudizio e sia espressa in forma sintetica.

Come si nota in queste schede di valutazione le azioni da osservare e quindi da valutare sono quelle che compongono le attività educative all'interno di un progetto come in questo caso della narrazione autobiografica. Nella compilazione della scheda occorre riportare se il paziente è in grado di eseguire in compito nel modo del tutto autonomo (R+), se invece ha bisogno di un rinforzo verbale (RV) o rinforzo fisico (RF) da parte dell'educatore professionale o anche se il paziente non è in grado o non ha capacità nell'eseguire il compito in maniera autonoma (R-).

Nella sezione “osservazione” ci si potrà annotare eventuali informazioni relativi al paziente.

**BOX 4**  
**Scheda di rilevazione delle capacità strumentali**

Azione da osservare	Data _____			Data _____			Data _____			Osservazione
	R+	R-	RV/RF	R+	R-	RV/RF	R+	R-	RV/RF	
uso pennello										
uso matita										
cancellare con la gomma										
ritagliare										
incollare (colla stick)										
colorare con le matite										
disegnare righe su un foglio con o senza righello										
riconoscere i colori										
infilare l'ago										
cucire: sottopunto										
cucire: sopramano										
cucire: punto indietro										
cucire i bottoni										
tagliare la stoffa										
tagliare il filo										
ricamare: punto a giorno										
ricamare: punto erba e/o catenella										
lavorare a maglia: infilare le maglie										
lavorare a maglia: punto dritto e/o rovescio										
chiudere le maglie										
lavorare l'uncinetto: infilare le catenelle										
lavorare a punto maglia bassa e/o maglia alta										
uso del mattarello										
impastare										
fare una pallina con la creta										
manipolare e costruire un oggetto con la creta										
mescolare con un cucchiaino										

## CAPITOLO 4

### INTERVENTI EDUCATIVI CON GLI ANZIANI

#### 4.1 Approccio teorico

Nella malattia di Alzheimer è molto importante “allenare” le funzioni cognitive, perché solo continuando a esercitarle possono essere mantenute attive il più a lungo possibile.

Le pratiche riabilitative, si può dire con certezza che essa poggia sul principio che l’inattività conduce alla perdita della funzione, perché nella vita il “fare” e occupazioni sono essenziali alla salute dell’essere umano.

E’ importante affermare che nella malattia di Alzheimer l’unica memoria che si può stimolare per apprendere nuovi comportamenti è quella implicita, la più preservata tra le funzioni mnestiche, utilizzando le routine.

Queste ultime aumentano la prevedibilità che genera senso di sicurezza e inoltre sono il contesto entro il quale si svolgono esperienze, cognitive, sociali ed emotive.

#### 4.2 Le caratteristiche degli interventi psicosociali

Poiché non c’è una cura farmacologica, ciò ha fortemente stimolato la comunità scientifica ad esplorare l’efficacia di interventi riabilitativi e psicosociali (genericamente definiti Trattamenti Non Farmacologici) finalizzati a ritardare il declino cognitivo e funzionale, ridurre i disturbi psicologici e comportamentali e, di conseguenza, migliorare la qualità di vita della persona malata e della sua famiglia.

Gli interventi riabilitativi e psicosociali<sup>10</sup>, genericamente definiti Trattamenti Non Farmacologici (TNF) comprendono diverse tipologie di intervento che possono essere rivolte, sia alla persona con demenza, sia al caregiver formale e informale. Per quanto riguarda la persona con declino cognitivo, gli interventi possono essere indirizzati agli aspetti cognitivi, funzionali, comportamentali, psicologici, sociali, ed ambientali. Per quanto riguarda il caregiver, i trattamenti si riferiscono ad interventi informativi, formativi (psico educazionali) e/o psicologici (sostegno o psicoterapia). L'intervento psicosociale si attua avvalendosi di fattori che, in qualità di predittori o moderatori, giocano un ruolo rilevante nelle vicende di salute-malattia. Si tratta di un intervento diretto a gruppi, comunità che si esplica prevalentemente in setting naturali e si propone di migliorare la qualità della vita e l'*empowerment*<sup>11</sup> dei soggetti a cui si rivolge, vale a dire il loro stato di salute inteso come benessere bio - psico- sociale.

L'esperienza insegna che, per programmare bene un qualsiasi intervento psicosociale, non si può agire senza criterio, ma occorre una linea teorica che guidi il nostro operare di caregiver.

Può essere utile tenere conto di questi punti per indirizzare la propria linea di azione:

### 1 centralità della persona;

È importante capire cosa significhi *essere persona* per mettere l'individuo al centro del proprio intervento.

### 2 obiettivo dell'intervento psicosociale;

Il concetto di bisogno muta a seconda del sistema culturale in cui viene espresso. È importante, quindi, comprendere le necessità della persona anziana così da preservare l'essere persona di fronte alla perdita della capacità mentali.

<sup>10</sup> E. GRANDI, Anziani in azione, Erickson, Trento 2020

<sup>11</sup> Processo di riconquista della consapevolezza di sé, delle proprie potenzialità e del proprio agire. Conferimento di potere

Il bisogno che viene espresso dalle persone anziane è essenzialmente quello di essere amate per ciò che sono, di un amore che comprende cinque bisogni:

- l'attaccamento, condizione necessaria per vivere bene. Nella malattia di Alzheimer le persone richiedono un legame di attaccamento forte, come lo era nell'infanzia;
- il conforto, vicinanza che genera sicurezza
- l'identità, fortemente compromessa soprattutto nella malattia di Alzheimer a causa dell'evaporazione dei saperi, della frantumazione della memoria e del proprio sé;
- l'inclusione, il bisogno di socialità. Quando la possibilità di relazione viene meno, la persona anziana, tende a rinchiudersi nella bolla dell'isolamento;
- l'essere occupati, essere coinvolti nella vita quotidiana in attività significative, tenendo conto delle loro capacità e potenzialità.

### 3 caratteristiche dell'intervento psicosociale;

Sono sintetizzate nel concetto, straordinario per la sua semplicità, di mediatore. Questo concetto racchiude alcune parole chiavi, come pluralità, integrità del soggetto, flessibilità e positività. Infatti i mediatori si collegano tra loro, rappresentano il soggetto senza comprometterlo, ovvero senza insuccessi che lo demoralizzano; si adatto al soggetto e infine permettono che l'esperienza sia positiva, senza giudizio altrui.

### 4 modalità operativa per attuare l'intervento psicosociale;

Motivare la persona anziana "a fare" è un pilastro dell'intervento psicosociale e una delle maggiori difficoltà a cui va incontro l'operatore. Come di motiva una persona anziana?

Adottare la proposta di applicarsi in un'attività, come modellare l'argilla, lavorare nell'orto, ma deve nascere dalla richiesta del paziente o una persona familiare che conosce i gusti del paziente.

L'attività si può considerare finalizzata se il paziente partecipa attivamente e se è diretta verso un obiettivo che la persona considera importante.

### **4.3 La figura del caregiver**

Nella cura e nell'assistenza ai pazienti dementi, il ruolo degli operatori, e in particolare dell'Educatore professionale, non si riduce solamente ad una relazione con gli ospiti. È stato sottolineato più volte in questo elaborato quanto sia importante il contributo dei caregivers ma è necessario comprendere quanto anch'essi abbiano bisogno di accoglienza, ascolto ed attenzione. Uno dei compiti dell'Educatore professionale è proprio quello di occuparsi del parente, sostenerlo, accoglierlo, coinvolgerlo e renderlo partecipe del progetto pensato per il proprio caro, al fine di “essere insieme” nella sua cura.

Inoltre, come accade in molti Centri, rientra tra le mansioni dell'Educatore professionale quella di occuparsi della formazione del personale e dei caregivers.

La Malattia di Alzheimer è invalidante per la persona che ne è affetta, ma anche per coloro che se ne prendono cura, i cosiddetti caregiver. I caregiver sono considerati le vittime nascoste della Malattia di Alzheimer poiché, al già difficile lavoro di cura del malato, se ne aggiungono altre, come la difficoltà di accettare la malattia e il conciliare la propria vita con gli oneri del caregiving.

Spesso l'individuazione del caregiver avviene per necessità, per designazione familiare o attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un congiunto che volontariamente si assume l'impegno di assistere la persona malata.

Il caregiver riveste un ruolo di primo piano nell'accompagnare ed assistere lungo tutta la storia della malattia; tuttavia, la fatica richiesta per questo impegno è spesso poco visibile e non sufficientemente valorizzata. Il carico assistenziale determina frequentemente un elevato livello di stress in coloro che assistono, legato non solo alla fatica fisica, ma anche all'impatto che la malattia cronica, la non autosufficienza, la demenza determinano nei rapporti interpersonali, per il modificarsi dei ruoli e delle modalità di espressione affettiva tra malato e caregiver.

Sarebbe interessante sapere come il caregiver formale, ossia il personale che cura, ha deciso di intraprendere questa attività lavorativa; quanto ha tenuto e tiene conto della sofferenza che incontra e di quanto le proprie risonanze psichiche influenzano il suo approccio a questa realtà.

#### **4.4 Stimolazione delle abilità cognitive e manuali**

Che cosa significa "stimolare la memoria?"

Se è vero che nella malattia di Alzheimer le cellule cerebrali muoiono, la degenerazione ha uno sviluppo relativamente lento. Più stimoli una persona riceve, più connessioni verranno risvegliate nella ricerca di una proposta adeguata, facilitando anche la costruzione di percorsi alternativi. Attraverso la stimolazione cognitiva, si ha come obiettivo di sostenere l'attività delle cellule cerebrali ancora funzionanti, poiché se un neurone lesa presenta legami con un neurone vivo, quanto più quest'ultimo viene reso funzionante, tanto più la sua riverberazione svolgerà un'azione nutritiva della cellula in fase di degenerazione.

Per stimolare la memoria possono essere utili<sup>12</sup>:

- agende del tipo "giornaliero" da utilizzare per la registrazione di ciò che accade di importante giorno per giorno;
- materiale significativo nella storia della propria famiglia o di quella di origine del malato (foto, lettere, oggetti a cui la persona è affezionata...)
- mazzo di carte da gioco o giochi da tavola non complessi
- vocabolario della lingua italiana

Lo spirito con cui accostarsi agli esercizi deve essere quello che ci motiva a fare qualcosa di piacevole, simile allo svago. Vale la pena spiegare nel modo più semplice possibili presupposti fondamentali per cui l'allenamento della memoria viene percepito come un momento gradevole.

Il lavoro da educatore professionale in questo settore, cioè lavorare con anziani affetti da demenza è proprio quello di sollecitare con il tema del *fare* o del *compiere azioni insieme*. Non ha lo scopo di far uscire un bel risultato ma stimolare la memoria. La metodologia usata per la riabilitazione, riattivazione, prevenzione o mantenimento sono:

- Tecniche di stimolazione cognitiva: intesa come la Rot, memory training, ausili mnesici esterni;

✓ La Terapia di Orientamento alla Realtà (ROT)



La Rot<sup>13</sup> è una tecnica di riabilitazione psicogeriatrica definita da James Folsom e Lucille Taulbee nel 1966 che indirizza i suoi interventi a stimolare le funzioni cognitive del soggetto e con la quale ci si prefigge di riorientare il paziente confuso rispetto all'ambiente, al tempo ed alla propria storia personale.

In pazienti affetti da compromissione cognitiva lieve si dimostra efficace nel rallentare l'evoluzione della malattia migliorando sensibilmente le risposte dei soggetti alle domande di orientamento.

Il suo costante utilizzo, inoltre, dà un senso e uno scopo all'attività di chi assiste, cura e promuove un'atmosfera di coinvolgimento anziché di apatia e di indifferenza.

Esistono due principali modalità di ROT: informale e formale. La Rot informale prevede un processo di stimolazione continua che implica la partecipazione degli operatori socio-sanitari e familiari, i quali, durante i loro contatti col paziente nel corso della giornata gli forniscono ripetutamente le informazioni. Fin dal risveglio è utile comunicare informazioni sul giorno, la stagione, il nome dei familiari. La continua ripetizione di indicazioni e notizie aiuta il malato a conservarle maggiormente nel tempo.

La Rot formale viene eseguita da uno o più terapisti esperti in una stanza idonea. È organizzata in sessioni di piccoli gruppi (da due o cinque persone) o individualmente a seconda del grado di confusione, disorientamento, funzionalità dell'utente demente ed i pazienti vengono divisi in gruppi omogenei per abilità mentale.

La stanza della terapia deve essere arredata in modo da ricordare una stanza di un'abitazione, con un orologio con grossi numeri appeso al muro visibile a tutti, un calendario con foglietti asportabili quotidianamente che mostri la data corrente e una lavagna.

La relazione con il paziente deve essere cordiale, disponibile.

<sup>12</sup> L. BALLINARI, Tecniche ed esercizi per sviluppare la memoria, Demetra, Varese 1995 <sup>13</sup> L. QUAIÀ, Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria. Carrocci Faber, Roma 2019



- Tecniche di stimolazione cognitivo – comportamentale: laboratorio di scrittura, le 3R ri-motivazione – riorientamento – reminiscenza

✓ Nell'ambito degli interventi psicoterapici uno spazio a sé occupa la

Terapia di Reminiscenza<sup>14</sup>

(rassegna di vita, rievocazione di momenti significativi) che si fonda sulla naturale tendenza da parte

dell'anziano a rievocare il proprio passato; il ricordo e la nostalgia possono essere fonte di soddisfazione ed idealizzazione. L'obiettivo di questo approccio consiste nel favorire questo processo spontaneo e renderlo più consapevole e deliberato;

<sup>14</sup> E. BRUCE, S. HODGSON, P. SCHWEITZER, I ricordi che curano. Pratiche di reminiscenza nella Malattia di Alzheimer, Raffaello Corina Editore, Milano 2003

nel paziente demente viene impiegata per il recupero di esperienze piacevoli della propria vita anche tramite l'ausilio di oggetti o fotografie.

“La reminiscenza non è solo un raccontare delle storie insieme ad altri: è riviverle, con-parteciparle in gruppo, emozionandosi ed usando tutti i sensi. È cura della relazione, delle tante relazioni, che abitano ed hanno abitato una vita. È cura della crisi, standoci dentro e vivendola fino in fondo, ma trovando anche un modo positivo, creativo, costruttivo per dare senso al nostro esserci. Per reminiscenza si intende un ricordo vago, impreciso nel quale domina la tonalità affettiva. È un processo nel quale emerge un ricordo o quello che ne resta, sia come il risultato di tale processo. Fare reminiscenza significa dunque pensare o parlare della propria esperienza di vita, per condividere le memorie con gli altri e anche per poter riflettere sul passato. Il contenuto della reminiscenza è sempre personale e specifico, pertanto rappresenta una via rapida per conoscere e per apprezzare le altre persone coinvolte.

- Tecniche di stimolazione emozionale: pet-teraphy, laboratorio di cucina, ortoterapia
- Tecniche di stimolazione sensoriale: musicoterapia, laboratorio psico sensoriale.

Terapia occupazionale è una riabilitazione funzionale e orienta i suoi interventi a mantenere e prolungare nel tempo l'autonomia del soggetto nelle abilità prassiche e contribuisce ad una migliore gestione nelle attività della vita quotidiana. Viene definita come il “trattamento delle condizioni fisiche e psichiatriche che, attraverso attività specifiche, aiutano le persone a raggiungere il massimo livello di funzione e di indipendenza in tutti gli aspetti della vita quotidiana”

La terapia occupazionale considera i bisogni, gli interessi e le abilità residue ed individua i seguenti obiettivi di interventi:

- mantenere il più a lungo possibile l'autonomia nelle attività quotidiane non sostituendosi al paziente nelle situazioni in cui è ancora abile;
- studiare gli adattamenti ambientali intervenendo sull'ambiente a mano che si modifica il quadro della malattia;
- stimolare interesse e motivazione attraverso attività reali che mettano il paziente in condizione di esercitare le sue capacità residue;
- mantenere il massimo livello di funzionalità fisica e mentale;
- adattare gli interventi al livello mentale funzionale

Tecniche artigianali come falegnameria, cucito, uncinetto, lavorare la carta, l'argilla...

Tecniche artistiche come pittura, scultura, disegno, musica, teatro, poesia.

Infine le attività ludiche, il gioco stimola tutti gli aspetti dello sviluppo fisico, emotivo, sociale e cognitivo.

#### **4.5 La Doll Therapy**

Questa terapia consiste nel fornire una bambola con precise caratteristiche antropomorfe (in relazione a peso, altezza, espressione facciale ed in quanto tali molto realistiche) a pazienti affetti da demenza durante delle specifiche sessioni terapeutiche.

L'utilizzo della doll therapy<sup>15</sup> in questo target di pazienti si sta diffondendo sempre di più come intervento per ridurre tutti i disturbi psicologici, sociali e comportamentali che affliggono le persone affette da demenza. Il concetto

terapeutico che si cela dietro l'utilizzo della bambola nella Doll Therapy si basa sulla teoria dell'attaccamento.

L'"attaccamento" si realizzerebbe, infatti, in situazioni con forte stress, non familiari e con elevato senso di insicurezza; tutti elementi presenti nei pazienti con demenza. La bambola potrebbe fungere da "oggetto transizionale", un'ancora in un momento di incertezza simile a quella dei bambini nella fase di ingresso nell'età adulta.

La maggior parte dei sintomi psicologici e comportamentali dei pazienti con demenza come il ripetere la medesima domanda, piangere, ricercare il contatto fisico possono essere letti tutti come dei modi per soddisfare il loro bisogno di attaccamento. La bambola, in questi casi, potrebbe soddisfare il bisogno di vicinanza, contatto e rassicurazione, riducendo conseguentemente i suddetti sintomi psicologici e comportamentali.

Le bambole da doll therapy possono, inoltre, riportare alla memoria emozioni e vissuti riguardo l'esperienza di genitorialità, promuovendo sensazioni relative alle proprie capacità, quiete e benessere.

La doll therapy migliora la stimolazione sensoriale attraverso l'utilizzo del tatto e le capacità comunicative di chi la utilizza. Alcuni ricercatori hanno evidenziato anche un aumento dell'autostima degli utenti, sviluppatosi attraverso attività di cura nei confronti della bambola (come cantare delle ninne nanne) e un maggiore senso sicurezza.

È possibile che con questo utilizzo terapeutico le persone instaurano un legame con la bambola, simile ad un senso di protezione materno, cambiandole i vestiti, nutrendola e prendendosi cura di lei.

<sup>15</sup> <http://anzianievita.it/salute-e-benessere/la-terapia-della-bambola-doll-therapy/>

Questa attività di cura è stata associata anche ad un aumento del senso di cura verso sé stessi e ad un miglioramento nelle attività svolte in autonomia.

La Terapia delle bambole viene utilizzata come strumento per la prevenzione e diminuzione dei disturbi del comportamento e come intervento di prima scelta in alcune situazioni molto frequenti come i problemi di agitazione durante le cure di base, l'insonnia notturna, l'affaccendamento, il vagabondaggio e l'apatia.

Il protocollo di ricerca si inserisce in un progetto più ampio di diffusione della Doll Therapy per la presa in carico dei disturbi del comportamento. I benefici di questo approccio sono quelli di promuovere il riconoscimento e l'integrazione delle caratteristiche individuali e di esperienze di vita che influenzano la risposta alla malattia e il suo decorso nel processo di cura. Per le persone affette da demenza i benefici attesi riguardano la diminuzione dei disturbi del comportamento e dei parametri fisiologici di stress. Parallelamente nel personale curante si attende una diminuzione del proprio punteggio di stress emotivo e psicologico. La diminuzione dei comportamenti aggressivi fisici e verbali dovrebbe portare ad avere un ambiente maggiormente sereno, sicuro e confortevole anche per gli altri residenti. Secondariamente questo studio potrebbe offrire indicazioni utili per migliorare l'approccio nella somministrazione della Terapia della Bambola in funzione di una migliore comprensione delle caratteristiche personali, legate allo stile di attaccamento nelle persone affette da demenza.

La terapia della bambola offre inoltre vantaggi significativi dal punto di vista dei costi e dei benefici: è un intervento che non richiede necessariamente la presenza di un terapeuta specializzato come ad esempio avviene con altre terapie non farmacologiche, ma può essere effettuata da differenti figure professionali adeguatamente formate e supervisionate nel tempo.

Infatti, nel rapporto con le bambole, la persona può ripetere le proprie esperienze infantili, recuperare la funzione di accudimento vissute nel ruolo madre/padre, e quindi far affiorare i propri conflitti, oggettivare la propria aggressività e trovare un oggetto contenitore per le angosce attuali. Rivivendo tali esperienze la persona affetta da demenza viene incoraggiata a comunicare con gli altri, a stimolare la memoria, ad allentare lo stress e a gestire i disturbi comportamentali.

Le sue azioni possono realizzarsi sia a livello preventivo sia di cura, attraverso il supporto alla salute che può derivare da alcuni benefici dell'intervento quali:

1. la modulazione di stati d'ansia e di agitazione e delle loro manifestazioni sintomatiche come aggressività, insonnia, apatia o wandering;
2. la conseguente possibilità di ridurre sensibilmente il ricorso ai sedativi;
3. la riduzione di condizioni di apatia e depressione caratterizzata da disinteresse e inattività totale;
4. la capacità di rispondere ai bisogni emotivi-affettivi che, malgrado il deterioramento cognitivo, rimangono presenti ma non sono più soddisfatti come in età precedenti;
5. la possibilità di ostacolare il deterioramento di alcune abilità cognitive e di sostenere l'utilizzo di prassi motorie che fungono da stimolo delle abilità residue.

La Doll Therapy, perciò, riesce a dirigere l'attenzione di una persona affetta da demenza o da patologie con compromissioni simili verso un compito semplice, come quello di accudimento di una bambola, evitando la congestione del pensiero dovuta alla concentrazione su idee e stati affettivi che, non avendo un filo di unione, generano stati di confusione e di disagio che vengono manifestati spesso con disordini del comportamento.

Il ruolo simbolico attribuito alla bambola e l'affettività proiettata su di essa sono evidenziate dall'agitazione emotiva che subentra quando si allontana la bambola o la si sostituisce con un oggetto con caratteristiche rievocative diverse, come ad esempio una scatola.

La somministrazione iniziale della bambola generalmente è diretta da un esperto che guida il percorso riabilitativo in alcuni momenti specifici della giornata, valutando i progressi e stimolando la costruzione del rapporto simbolico anche attraverso il coinvolgimento della famiglia o dell'équipe. Tuttavia, la bambola può essere riproposta in tutti quei momenti in cui i destinatari appaiono irrequieti o apatici; ciò spesso avviene utilmente in momenti cruciali della giornata quali quello dell'igiene e della vestizione, durante i quali alcuni pazienti mostrano un picco di aggressività o di rifiuto dell'intervento assistenziale. In conclusione possiamo quindi dire che queste bambole vengono usate con successo con i malati di Alzheimer e di demenza senile per migliorare la loro qualità di vita.



## CONCLUSIONE

A conclusione di questo elaborato posso affermare che *La narrazione auto biografica* sia un progetto di totale efficacia per gli anziani affetti dal morbo di Alzheimer. Efficace nella stimolazione delle aree principali come nell'area cognitiva per la capacità di mnesiche, attentive ed esecutive, prassiche e visus spaziali; Nell'area sensoriale e percettiva per la stimolazione dei cinque sensi; nell'area della motricità per la capacità fino e grosso-motoria, coordinazione oculo- manale e l'uso preciso degli strumenti e infine come ultima ed infine nell'area della personalità e della socialità ovvero lo svolgimento di attività singole o di gruppo, la socializzazione con altri pazienti e infine l'autostima. Inoltre è un progetto funzionale e fondamentale per il mantenimento e la re-costruzione dell'identità, che come viene descritto nell'elaborato, la malattia di Alzheimer porta alla disgregazione e confusione. Inoltre tale progetto, il quale condivido nella sua totalità, è fondamentale per far instaurare un rapporto tra anziano e tra realtà ed emozioni che vengono espresse, da lui stesso, di tempi che non torneranno più, perciò riuscire a portare il paziente alla consapevolezza di tale momento.

Per questo la costruzione della propria storia svolge un'azione di potenziamento dell'autostima e un rafforzamento dell'identità.

Oltre a questo, nell'elaborato viene esposto, anche grazie alla mie esperienza personale durante il tirocinio, il ruolo dell'educatore professionale nel rapporto con l'anziano affetto dalla demenza e il tipo di relazione che si dovrà instaurare con soggetti presi in riferimento. Dovrà instaurare una relazione d'aiuto, mai invasiva, ma molto attenta ai bisogni del paziente. Inoltre ha il compito di saper ascoltare e valorizzare il tempo dell'anziano tra un'attività e l'altra.

Concludendo l'elaborato vengono esposti tutti gli interventi che si possono attuare con anziani non autosufficienti; interventi riabilitativi finalizzati alla stimolazione di capacità cognitive, sensoriali, motorie...

Andando a stimolare perciò ad allenare la memoria implicita, si cerca di rallentare, quando è possibile, il declino cognitivo alla base della malattia di Alzheimer.

## **BIBLIOGRAFIA**

- B.NARDI, Organizzazione di personalità: normalità e patologia psichica, Accademia dei cognitivi della marca, Ancona 2017
- D.PASSAFIUME, D. DI GIACOMO, La Demenza di Alzheimer-guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale, Franco Angeli Editore 2006
- E. BRUCE, S. HODGSON, P. SCHWEITZER, I ricordi che curano. Pratiche di reminiscenza nella Malattia di Alzheimer, Raffaello Corina Editore, Milano 2003.
- E. GRANDI, Anziani in azione, Erickson, Trento 2020
- E. GRANDI, Costruire la storia di vita con la persona con demenza, Erickson, Trento 2016
- F. MARCELLINI, O. SCARPINO, R. FABRI, Conoscere il malato Alzheimer, atti della Giornata informativa sul malato di Alzheimer, Pesaro 2008.
- G. GAMBA, La malattia di Alzheimer, una guida per le famiglie. Il tavolo provinciale Sensibilizzazione Demenze, Bergamo.
- L. BALLINARI, Tecniche ed esercizi per sviluppare la memoria, Demetra, Varese 1995
- L. QUAIA. Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria. Carrocci Faber, Roma 2019
- L. ODDI BAGLIONI, Didattica dell'autonarrazione, in "Adultità", 10, 1999
- M.BOCCARDI, La riabilitazione cognitiva e comportamentale nella Demenza, un approccio pratico per le R.S.A, IRCCS San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Brescia 2002
- M. FUMAGALLI, L. LIONETTI, La storia della mia vita. Raccogliere la vita delle persone con demenza, Maggioli, Ravenna 2016

- S. BERGAMASCHI, P. IANNI, S. MONDINI, D. MAPELLI, Demenza 100 esercizi di stimolazione cognitiva, Raffaello Cortina Editore, 2008
- S. MAIDA, L. MOLTENI, A. NUZZO, Educazione e osservazione: teorie, metodologie e tecniche, Carrocci Faber, Roma 2009
- L'infermiere N°5, notiziario aggiornamenti professionali, Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Settembre-Ottobre 2015
- S. GAROLFI, S. LERDA, L'identità oltre i ricordi perduti: la demenza di Alzheimer, Riv. Pisco. Indi., n. 74: 2013
- Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 43-46 (2017-2018), Guardar-si alla finestra. Una terapia narrativo-autobiografica per la stimolazione cognitiva di una paziente Alzheimer.
- Rivista psichiatrica 2018;53, L'origine della depressione nella malattia di Alzheimer: una revisione della letteratura.
- Rivista sulla non autosufficienza anziani- Demenza e caregiver-i luoghi della cura.

## SITOGRAFIA

- [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto)
- <http://www.alzheimer.it/progalzh.pdf>
- <http://www.valoreinrsa.it/letteratura/356-narrazione-autobiografica-narrative-therapy-empowerment-benessere-anziani-rsa.html>
- <https://anankenews.it/interventi-clinici-caregiver-anziani-non-autosufficienti-dott-re-riccardo-romandini/>
- [http://www.alzheimer.it/non\\_verbale.pdf](http://www.alzheimer.it/non_verbale.pdf)
- <https://www.centroalzheimer.org/la-narrazione-di-storie-come-modello-di-conversazione-con-pazienti-affetti-da-alzheimer/>
- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>
- <http://anzianievita.it/salute-e-benessere/la-terapia-della-bambola-doll-therapy/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/autobiografia/#:~:text=autobiograf%C3%ACa%20s.%20f.%20%5Bcomp.,a.%3B%20l'a.>

## *RINGRAZIAMENTI*

*Dedico il mio percorso universitario e il successo di questo traguardo alle persone a me più care.*

*Alla mia grande famiglia, incoraggiandomi e standomi sempre accanto senza farmi mai mancare il loro costante supporto. Vi ringrazio per tutto ciò che mi dimostrate ogni giorno.*

*A Riccardo, accompagnandomi, passo dopo passo, con immenso amore e fiducia lungo questo percorso.*

*Alle mie amiche, che hanno sempre creduto in me.*

*Vi ringrazio di cuore.*