

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1 LA MALATTIA DI ALZHEIMER: SCENARIO CLINICO-ASSISTENZIALE</b>	<b>3</b>
1.1 Lo scenario Nazionale-Europeo	4
1.2 La patologia: aspetti clinici	5
1.2.1 L'eziologia	6
1.2.2 I fattori di rischio	7
1.2.3 La diagnosi	8
1.3 La terapia	9
1.3.1 Terapia farmacologica dei disturbi comportamentali	11
1.3.2 Terapie non farmacologiche	13
<b>CAPITOLO 2 DURANTE LA MALATTIA: LE FASI ASSISTENZIALI</b>	<b>14</b>
2.1 Il ruolo dell'infermiere	15
2.1.1 La tassonomia NANDA-I	20
2.1.2 Caso clinico	21
2.2 Rapporti con la famiglia	24
2.2.1 Il caregiver	25
2.3 L'ambiente in cui vive il paziente	28
2.4 La comunicazione	30



2.5 L'alimentazione	32
<b>CAPITOLO 3 PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO</b>	<b>36</b>
3.1 Vantaggi per il malato	40
3.2 Metodologia e strumenti operativi	41
3.2.1 Infermiere di famiglia e comunità	44
3.2.2 La formazione dei caregiver	45
<b>CAPITOLO 4 GESTIONE PAZIENTE ALZHEIMER IN MAROCCO</b>	<b>47</b>
4.1 Esperienza personale in Marocco	48
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>52</b>
<b>SITOGRAFIA</b>	<b>53</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>55</b>



## INTRODUZIONE

L'Italia, secondo i dati dell'Eurostat, è la nazione con la popolazione più vecchia d'Europa. Emerge che il 22,8% della popolazione è over 65, circa 14 milioni di persone, la cui metà è composta da over 75. L'anziano è un soggetto fragile, che presenta una notevole complessità clinica, comorbilità ed è frequentemente disabile; in questi soggetti, malattie come le demenze compromettono gran parte delle capacità utilizzate per affrontare la vita quotidiana.

La demenza, termine introdotto in ambito medico per la prima volta nel 20 d.C. da Aulo Cornelio Celso per indicare genericamente le condizioni di alterazione dell'intelligenza e del comportamento, è una sindrome dovuta ad una malattia cerebrale di natura cronica o progressiva, in cui lo stato di coscienza del soggetto risulta vigile, mentre si presentano dei disturbi di diverse funzioni corticali superiori che includono la memoria, il pensiero, l'orientamento, la comprensione, la capacità di apprendimento e il linguaggio.<sup>1</sup>

Le alterazioni della sfera cognitiva sono comunemente accompagnate, altre volte precedute, da un deterioramento nel controllo delle emozioni, nel comportamento sociale o nella motivazione.

La demenza ha acquisito un'importanza sempre più vasta come problema sanitario e sociale nel corso degli ultimi decenni. Ciò è dovuto principalmente al progressivo invecchiamento della popolazione, anche se le modificazioni nel tessuto sociale e i miglioramenti diagnostici hanno contribuito ad aumentare la rilevanza e la percezione di questa malattia (Nussbaum ed Ellis, 2003).

Il morbo di Alzheimer rappresenta il 50-80% dei casi di demenza e risulta essere la forma più comune, questo termine si riferisce alla perdita di memoria e di altre abilità intellettuali talmente gravi da interferire con la vita quotidiana, compromettendo le attività personali nella vita di tutti i giorni che dipendono, in gran parte, dall'ambiente culturale e sociale nel quale il paziente vive. La compromissione della memoria riguarda tipicamente la registrazione, la conservazione e la rievocazione della nuova informazione, ma, nella fase avanzata, si può assistere anche alla perdita del materiale precedentemente appreso.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> <https://www.idoctors.it/articolo/demenze--defini/414/19>

<sup>2</sup> Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001: 19*

Con la presente tesi si intende evidenziare il valore della gestione del paziente affetto da patologia di Alzheimer sul territorio, in particolar modo, presso il domicilio del paziente, sottolineando l'importanza dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dei caregiver. Le motivazioni che hanno portato a sviluppare questo elaborato derivano dall'esperienza di tirocinio presso l'ADI che ha dato la possibilità di vedere in concreto la gestione di tali pazienti e l'esperienza personale nel paese d'origine (Marocco); infine, il desiderio di approfondire tale tema per poter contribuire a migliorare l'assistenza ai pazienti Alzheimer, forse una delle più difficili per un infermiere, perché si basa su pochi punti fermi e protocollabili a fronte di molti aspetti peculiari e soggettivi della singola persona che si assiste.

L'obiettivo di questo elaborato è di poter permettere ai soggetti affetti da Alzheimer, e ai loro familiari, una migliore preparazione per la corretta gestione, quindi, per permettere ad entrambi di poter vivere al meglio la malattia.

La presente tesi è articolata in quattro capitoli, dove, inizialmente viene trattato l'aspetto clinico-assistenziale sottolineando lo scenario Nazionale ed Europeo, gli aspetti clinici in cui vengono trattati l'eziologia, i fattori di rischio e la diagnosi; inoltre, si tratta anche la terapia presente in commercio, la terapia non farmacologica e quella relativa ai disturbi comportamentali. Successivamente, invece, si evidenzia l'importanza del ruolo dell'infermiere, dell'utilizzo della tassonomia NANDA-I, dei caregiver e i rapporti con i familiari; vengono trattati anche tre importanti aspetti: la comunicazione, l'alimentazione e l'ambiente in cui vive il paziente. A seguire, viene affrontata la proposta di miglioramento per l'assistenza a domicilio con una breve introduzione relativa all'ADI e i vantaggi per il malato; vengono, poi, illustrati la metodologia e gli strumenti operativi proposti: la cartella integrata, il questionario di gradimento ed infine l'importanza della formazione sia del personale che dei caregiver. Per ultimo, viene trattata la gestione dei pazienti con Alzheimer in Marocco, con lo scopo di rilevare eventuali criticità, problematiche e congruenze, viene, poi, esposta l'esperienza personale per testimoniare il trattamento assistenziale che ricevono i pazienti nel paese d'origine della sottoscritta.

# CAPITOLO 1

## LA MALATTIA DI ALZHEIMER: SCENARIO CLINICO-ASSISTENZIALE

La malattia di Alzheimer (MA) è una patologia neurodegenerativa che colpisce il cervello, uno degli organi più grandi e più complessi dell'organismo, le funzioni svolte da questo organo sono molteplici: integrazione di segnali percepiti attraverso i cinque sensi associando un significato a ciò che succede nel mondo circostante; controlla, inoltre, i pensieri, la memoria e il linguaggio, i movimenti di braccia e gambe e il funzionamento di ciascun organo presente nel corpo e, dato che regola il respiro e il battito cardiaco, determina le reazioni agli eventi stressanti che possono verificarsi nella vita quotidiana.<sup>3</sup> Questa patologia fu identificata nei primi anni del XX secolo e descritta per la prima volta, nel 1907, in una donna di 51 anni (Auguste Deter.), affetta da una malattia insolita. Auguste D. presentava sintomi inconsueti di gelosia, deficit della memoria e delirio di persecuzione; dopo che la donna fu ospedalizzata, il suo quadro clinico peggiorò sino alla perdita dell'orientamento spaziale, temporale e delle cure di sé stessa; morì cinque anni più tardi per setticemia.

Un neuropatologo tedesco, Alois Alzheimer, nel 1901, che fu il primo ad aver visitato Auguste D., presentò alla Società degli Psichiatri Tedeschi del Sud-Ovest (nel 1906) una comunicazione in cui descriveva un caso insolito di demenza caratterizzata dalla presenza di degenerazione neurofibrillare (DNF) nei neuroni del cervello, di placche senili, l'atrofia cerebrale e le alterazioni arteriosclerotiche. I risultati furono, poi, pubblicati nel 1907 e successivamente Emil Krapelin, psichiatra e psicologo tedesco, introdusse, al caso descritto, l'eponimo "*Malattia di Alzheimer*".<sup>4</sup> Il quadro anatomo-patologico è pressoché omogeneo, mentre è il quadro clinico che presenta grande eterogeneità sia dal punto di vista della manifestazione che della progressione della malattia. Come detto in precedenza, la MA è caratterizzata dalla neuro-degenerazione e dal progressivo impoverimento cellulare espresso a carico di alcuni importanti sistemi di neuroni associati, prevalentemente di tipo colinergico.

Le alterazioni neuropatologiche sono composte maggiormente da due proteine anomale

---

<sup>3</sup><https://www.humanitas.it/enciclopedia/anatomia/sistema-nervoso/sistema-nervoso-centrale/cervello/>

<sup>4</sup> Gambina G. e Pasetti C., Introduzione alla malattia di Alzheimer e alle altre demenze. Dalla clinica alla bioetica. Verona, Cortina, 2008: 211

caratteristiche ( $\beta$  amiloide, la Tau iperfosforilata) e da detriti cellulari che potrebbero causare, con la compartecipazione di altri fenomeni come infiammazioni, stress ossidativo, fattori ormonali e del metabolismo lipidico, degenerazione, neurotossicità e morte cellulare; di conseguenza si assiste ad un'atrofia cerebrale di grado maggiore rispetto a quanto atteso per l'età del soggetto.<sup>5</sup>

## 1.1 Lo scenario Nazionale-Europeo

In Italia si stima che la demenza colpisca 1,2 milioni di persone; diverse ricerche ipotizzano che il numero crescerà fino a 1,6 milioni nel 2030 e oltre i due milioni nel 2050. Una patologia quindi destinata a colpire sempre più individui. In un convegno sull'Alzheimer svoltosi a Roma, la Sardegna, risultava avere un'incidenza del 36%, al secondo posto dietro la Valle d'Aosta, insieme ad altre tre regioni nel rapporto malati/abitanti. Per quanto riguarda le province, invece, il primo posto in Italia è occupato da Carbonia-Iglesias con il 46%, mentre Sassari è terza con il 38%.

La patologia interessa lo 0,4% di chi ha tra i 65 e i 69 anni, l'1,9% di chi ha tra i 70 e i 74 anni, il 3,4% di chi ha tra i 75 e i 79 anni per arrivare a toccare l'11,5% degli anziani che hanno 80 anni e più.<sup>6</sup> A partire dal 1987, sono stati condotti alcuni studi di popolazione per stimare la prevalenza e l'incidenza della MA.

Lo studio di dimensioni maggiori è l'ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging), che ha utilizzato un approccio in due fasi dove su 5.462 persone eleggibili per lo studio ILSA, per 3.645 (66,7%) è stato completato lo screening per la demenza. Un'importante differenza con gli altri studi è che la popolazione, inclusa in ILSA, ha un'età compresa tra i 65 e gli 84 anni con l'eliminazione delle fasce d'età con la maggiore prevalenza di MA. Tra i rimanenti cinque studi, le stime di prevalenza variano da 2,6% a 6,8%. Sia la prevalenza che l'incidenza delle demenze variano relativamente poco tra le diverse popolazioni dei Paesi sviluppati, in particolare in Europa, dove si stima che la demenza di Alzheimer rappresenti il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%.

La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, che

---

<sup>5</sup> Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento*. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001: 15

<sup>6</sup> Articolo in *La Nuova Sardegna*; "Alzheimer, in Sardegna una delle incidenze più alte d'Italia"; 2020

presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini, i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%.<sup>7</sup> In Europa il morbo di Alzheimer è più comune rispetto alla demenza vascolare e costituisce circa i due terzi del totale; si vede al primo posto la Finlandia con un punteggio complessivo del 75,2%, seguita da Inghilterra (72,4%), Paesi Bassi (71,2%), Germania (69,4%), Scozia (68,8%) ed Italia (52,9%).<sup>8</sup>

## **1.2 La patologia: aspetti clinici**

I soggetti affetti dalla MA sviluppano in un arco di tempo relativamente breve, il passaggio da una fase di sostanziale autonomia e totale competenza ad una progressiva perdita di autonomia e riduzione delle capacità cognitive a cui si associa un livello variabile di perdita di consapevolezza di malattia. Tale malattia ha una durata media di 10-12 anni in cui si assiste a variazioni importanti nel quadro clinico del paziente; si susseguono e si sovrappongono modificazioni delle prestazioni cognitive sia del quadro funzionale che comportamentale e la comparsa di problemi neurologici o somatici. In un soggetto affetto dalla MA è possibile tracciare l'evoluzione clinica della demenza ma bisogna tener conto che ogni paziente presenta un'elevata variabilità in quanto il soggetto può comprendere sintomi cognitivi, comportamentali, funzionali e segni neurologici.<sup>9</sup>

L'amnesia è il sintomo cognitivo che si presenta per primo ed è la condizione necessaria per la diagnosi che tende a progredire gradualmente, dove nella fase iniziale è più marcata per gli eventi recenti. Il paziente risulta essere ripetitivo, tende a perdersi in ambienti nuovi e può essere disorientato nel tempo e presenta delle alterazioni funzionali superiori che comportano una ridotta capacità di ragionamento logico e di concettualizzazione.

Si assiste anche ad un mutamento della personalità e labilità emotiva: compare apatia, vengono esagerati i caratteri premorbose della personalità, in altri casi, soggetti che normalmente risultavano essere controllati e misurati, diventano impulsivi, intrattabile e in alcuni casi violenti.

La capacità di giudizio diminuisce spesso precocemente causando un ridotto rendimento lavorativo. Nella fase intermedia il paziente risulta incapace di apprendere nuove

---

<sup>7</sup> <https://www.epicentro.iss.it/ben/2005/febbraio/1>

<sup>8</sup> <https://www.alzheimer-europe.org/>

<sup>9</sup> Gambina G. e Pasetti C., Introduzione alla malattia di Alzheimer e alle altre demenze. Dalla clinica alla bioetica. Verona, Cortina, 2008: 213

informazioni, si perde anche in ambienti a lui familiari, la memoria remota risulta compromessa. Nonostante il paziente sia in grado di deambulare autonomamente, risulta essere a rischio di cadute e quindi può richiedere assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, con manifestazione di completo disorientamento sia spaziale che temporale. Nelle fasi avanzate il paziente diviene incapace di svolgere qualsiasi attività, tant'è che compare anche l'incontinenza. Per quanto riguarda la memoria a breve e lungo termine è totalmente persa ed il paziente può divenire taciturno ed acinetico. In questa fase il paziente può essere soggetto da disfagia e quindi necessiterà dell'alimentazione artificiale, si presenteranno complicanze legate alla malnutrizione, disidratazione, malattie infettive, fratture e piaghe da decubito. Nelle fasi terminali sono invece frequenti complicanze infettive, soprattutto broncopolmonari, che costituiscono la causa più frequente di morte (Attems et al. 2005).<sup>10</sup>

### **1.2.1 Eziologia**

Generalmente le forme presenili (prima dei 65 anni) sono ereditarie come carattere autosomico dominante, mentre nelle forme senili (dopo i 65 anni) si parla di “malattia genetica complessa” in quanto sono presenti più fattori genetici suscettibili, oltre a questi subentrano anche fattori di rischio biologici e ambientali (cfr. paragrafo 1.2.2).<sup>11</sup>

La maggior parte dei casi di malattia di Alzheimer sono sporadici, con esordio tardivo ( $\geq 65$  anni) e l'eziologia risulta essere sconosciuta, anche se vi sono diverse ipotesi. L'insorgenza e la progressione della MA sono influenzati da almeno 5 diversi loci genici, localizzati sui cromosomi 1, 12, 14, 19 e 21, la genetica della MA, però, non segue un modello mendeliano di ereditarietà. Le mutazioni nei geni per la proteina precorritrice dell'amiloide (cromosoma 21), della presenilina I (cromosoma 14), e della presenilina (cromosoma 1) possono portare a forme autosomiche dominanti della malattia di Alzheimer, in genere con esordio presenile. In questi geni, le mutazioni possono alterare la processazione della proteina precursore dell'amiloide, portando alla deposizione e all'aggregazione di fibrille di  $\beta$ -amiloide che è il principale componente delle placche

---

<sup>10</sup> Bianchetti A. e Trabucchi M., *Qualità di vita nella persona affetta da demenza*. Roma, Critical Medicine Publishing s.r.l., 2007: 26-27

<sup>11</sup> Bianchetti A e Trabucchi M., *La demenza in Italia. Aggiornamento e casi clinici interattivi*. Torino, UTET S.p.a. Divisione Scienze Mediche, 2005: 5



senili, che consistono in processi assonici o dendritici degenerati, astrociti e cellule gliali intorno a un nucleo di amiloide. Il  $\beta$ -amiloide può anche alterare le attività di chinasi e fosfatasi in modi che alla fine portano all'iperfosforilazione di Tau e alla formazione di grovigli neurofibrillari.<sup>12</sup>

Il gene sul cromosoma 19 per l'apolipoproteina E è l'unico elemento evidente di suscettibilità conosciuta per la MA ad esordio tardivo. L'apolipoproteina E (ApoE) è la principale lipoproteina presente nel cervello che ha un ruolo importante nella riparazione neuronale e nelle interazioni neuroni-cellule gliali, risulta essere importante anche a livello neuronale e circolante per il metabolismo lipoproteico. È codificata in tre isoforme date da tre alleli di frequenza variabile nella popolazione normale: ApoE  $\epsilon$ 3 (78%), ApoE  $\epsilon$ 4 (15%) e ApoE  $\epsilon$ 2 (7%). Va ricordato che nessun marcatore genetico è utile come test diagnostico o per effettuare test di screening di popolazione predittivi della malattia.<sup>13</sup>

### 1.2.2 I fattori di rischio

Essendo l'Alzheimer una patologia multifattoriale, le condizioni che possono favorire la comparsa sono numerose, pur non essendo la causa principale, concorrono a facilitarne l'insorgenza:

- Età: la prevalenza è di circa 5% nella popolazione con età superiore a 65 anni e raddoppia ogni 5 anni d'età per poi raggiungere il 40-50% nei soggetti con età 85-89. Nei soggetti ultraottantenni anche l'incidenza aumenta raggiungendo il 3%.
- Sesso: in alcuni studi la prevalenza risulta più alta nelle donne anziane rispetto agli uomini. La terapia estrogena, in menopausa, sembra ridurre il rischio di malattia del 50% nelle donne anziane, con effetto protettivo maggiore se il trattamento è durato per più di un anno.
- Livello di istruzione: più il livello d'istruzione è alto più potrebbe far ritardare l'esordio della demenza, grazie al suo effetto sui circuiti neuronali; in questi soggetti, inoltre, risulta essere meglio preservata la capacità del cervello a reagire ai differenti insulti patogeni.

---

<sup>12</sup> <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/delirium-e-demenza/malattia-di-alzheimer>

<sup>13</sup> Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento*. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001: 12

- Fattori di rischio cardiovascolari: nell'eziopatogenesi, giocano un ruolo importante l'ipertensione arteriosa, le cardiopatie ischemiche, il diabete mellito, la fibrillazione atriale, le iperlipidemie e l'iperomocisteinemia. Quest'ultima costituisce un fattore di rischio indipendente di MA, livelli plasmatici elevati precedono lo sviluppo della malattia. Per ridurre il livello plasmatico, e quindi il rischio cardiovascolare, è importante introdurre nelle diete un aumento del consumo di frutta, ortaggi o di vitamina B12 e folati.
- Consumo di alcol e del fumo di sigaretta: l'uso di alcol esercita un danno cerebrale a causa della presenza dell'etanolo e del suo metabolita acetaldeide che hanno un effetto neurotossico diretto, che determina danni permanenti sia strutturali che funzionali al cervello.<sup>14</sup> Secondo il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "*Tobacco and Dementia*" del 2014, il fumo è un fattore di rischio della demenza e gli attuali fumatori hanno un rischio maggiore, dal 30% al 75%, di sviluppare la demenza rispetto ai non fumatori, mentre precedenti studi affermarono che la nicotina agiva aumentando il rilascio di acetilcolina e aumentava il numero dei recettori nicotinici migliorando l'attenzione e i processi di apprendimento.
- Altri fattori di rischio: trauma cranico con perdita di coscienza, la depressione, che ne aumenta l'esordio anche di tre volte, risulta ancora da chiarire se quest'ultima sia una malattia associata o se sia da interpretare come una manifestazione precoce della malattia; deficit di acido folico, la contaminazione delle acque e degli alimenti con alluminio. Anche la sedentarietà e una dieta non salutare (povera di vitamine e sostanze antiossidanti) risultano essere fattori di rischio per sviluppare la MA (cfr. paragrafo 2.3).<sup>15</sup>

### 1.2.3 La diagnosi

Per diagnosticare la MA non esiste un esame specifico ma si ricorre ad un percorso che richiede molto tempo, diverse visite di valutazione del malato e l'esecuzione di numerosi

---

<sup>14</sup> <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/labuso-di-alcol-e-un-fattore-di-rischio-per-lalzheimer>

<sup>15</sup> Bianchetti A e Trabucchi M., *La demenza in Italia. Aggiornamento e casi clinici interattivi*. Torino, UTET S.p.a. Divisione Scienze Mediche, 2005: 5-8

esami clinici e strumentali. L'iter diagnostico prevede la raccolta della storia clinica personale e familiare, la valutazione dello stato mentale, un esame generale e neurologico, l'esecuzione di alcuni esami di laboratorio e di esami strumentali (tac, risonanza magnetica) e la valutazione neuropsicologica e psichiatrica. Ci sono tre possibili tipi di diagnosi di Alzheimer: possibile, probabile e certa.

- Malattia di Alzheimer possibile: basata sull'osservazione di sintomi clinici e sul deterioramento di due o più funzioni cognitive (per es. memoria, linguaggio o pensiero) in presenza di una seconda malattia che non è considerata la causa della demenza, ma che rende comunque la diagnosi di MA meno sicura.
- Malattia di Alzheimer probabile: la diagnosi si qualifica come probabile sulla base degli stessi concetti citati sopra, ma in assenza di una seconda malattia.
- Malattia di Alzheimer certa: l'unico modo sicuro per confermare con certezza la diagnosi di malattia di Alzheimer è l'identificazione delle caratteristiche placche senili e dei gomitoli neuro-fibrillari nel cervello. Per questa ragione, può essere formulata soltanto mediante biopsia del cervello, o dopo che è stata effettuata un'autopsia.<sup>16</sup>

### 1.3 La terapia

Data la complessità del paziente dovuta alla riduzione dell'autonomia viene compromessa non solo la sua qualità di vita ma anche di chi lo assiste (caregiver). Nel momento in cui il medico prescrive una terapia, l'obiettivo primario è quello di migliorare la qualità della vita sia del paziente che del caregiver. Il morbo di Alzheimer rientra tra le patologie neurodegenerative per le quali non si conosce una cura farmacologica specifica, infatti, i trattamenti oggi proposti hanno azione sintomatica con obiettivo di migliorare le funzioni cognitive, di contrastare i disturbi comportamentali e di rallentare la progressione della malattia.<sup>17</sup> Gli attuali trattamenti forniscono benefici sintomatici marginali e non sono efficaci nel prevenire o modificare la malattia.

La progressione della patologia non è ben nota, ma si pensa sia, almeno in parte e per alcune forme di MA, collegate all'alterato metabolismo delle proteine  $\beta$ -amiloide e Tau

---

<sup>16</sup> <http://www.alzheimer.it/diagnosi.htm>

<sup>17</sup> Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento*. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001: 59

che si manifesta come accumulo di placche di  $\beta$ -amiloide e di grovigli neurofibrillari di Tau (NFT) nel cervello.

Attualmente è in valutazione un approccio terapeutico che consiste nella rimozione di frammenti del peptide beta-amiloide ( $A\beta$ ) dal cervello mediante l'utilizzo di anticorpi anti- $A\beta$ . L'immunoterapia  $A\beta$  si sta rivelando una strategia di trattamento potenzialmente promettente sulla base della neuropatologia umana e degli studi preclinici.

Nella vaccinazione attiva contro  $A\beta_{42}$ , i pazienti ricevono iniezioni dello stesso antigene mentre nella vaccinazione passiva si utilizzano anticorpi monoclonali (mAb) contro varie porzioni dei peptidi  $\beta$ -amilioidi (solubili, depositati, oligomerici). L'immunizzazione attiva e l'immunizzazione passiva, contro la proteina beta-amiloide in modelli di topi transgenici, hanno determinato un aumento della clearance dei depositi di placche amiloidi e il miglioramento delle prestazioni cognitive, mentre il brain imaging e gli studi neuropatologici suggeriscono che l'immunoterapia attiva e passiva anti- $A\beta$  potrebbe, forse, ridurre la quantità di  $\beta$ -amiloide depositata in placche o solubile nel cervello dei malati di MA.<sup>18</sup>

I farmaci più spesso utilizzati, e considerati maggiormente utili, sono gli inibitori dell'acetilcolinesterasi, purché liposolubili in modo, da poter diffondersi attraverso la barriera ematoencefalica. Venivano utilizzati in clinica per due motivi principali: completa specificità fra effetti periferici e centrali ed emivita plasmatica e biologica troppo breve. Il primo anticolinesterasico utilizzato nella MA è la TACRINA, che oggi risulta essere in disuso in quanto la mancanza di selettività sulle acetilcolinesterasi cerebrali ne riduce la validità in termini di sicurezza in clinica.

Oggi, i principi attivi impiegati sono dotati di emivita plasmatica che consente una, o al massimo, due somministrazioni giornaliere e garantiscono una selettività per le acetilcolinesterasi del SNC.

La prescrizione degli inibitori delle acetilcolinesterasi deve seguire una precisa diagnosi di MA prendendo in considerazione la stadiazione mediante scale validate degli aspetti che riguardano i disturbi cognitivi, comportamentali, il livello di disabilità, il carico di cura e stress del caregiver; prestando attenzione anche alle comorbilità per escludere, e se presenti, a valutare la gravità delle patologie (polmonari, cardiache, gastrointestinali) che rappresentano un potenziale controindicazione.

---

<sup>18</sup> <https://www.aifa.gov.it/-/immunoterapie-per-l-alzheimer-stato-dell-arte-e-prospettive>

La somministrazione di questi farmaci è controindicata quando il soggetto con Alzheimer presenta ulcera gastrica e duodenale, diarree croniche, asma bronchiale, insufficienza respiratoria cronica, cardiopatie con disturbi della conduzione AV, con particolare cautela alla bradicardia (<60bpm) e blocchi di branca. Tra questi si annoverano il DONEPEZIL, la RIVASTEGMINA e la GALANTAMINA. Il DONEPEZIL è il principio attivo più a lungo sperimentato e diversi trial clinici ne riportano l'efficacia e relativa *safety*;<sup>19</sup> ha un'emivita plasmatica di 70 ore ed una completa biodisponibilità orale (comprese), generalmente la terapia viene iniziata prendendo 1 compressa rivestita con film da 5 mg ogni sera per poi aumentare il dosaggio previa visita medica.

La RIVASTIGMINA e la GALANTAMINA hanno un'emivita che varia fra 5 e 12 ore. Il trattamento con la RIVASTIGMINA inizia generalmente con una dose bassa (1,5mg x2 dopo i pasti), poi, il medico aumenta lentamente la dose sulla base della risposta al trattamento, la dose più alta che può essere presa è 6,0 mg, due volte al giorno.

Per quanto riguarda la GALANTAMINA bisogna iniziare con le capsule da 8 mg prese una volta al giorno dopo i pasti; ogni 4 settimane di trattamento la dose verrà aumentata.<sup>20</sup>

Vengono utilizzati anche altri farmaci quali gli antiossidanti che intervengono nei processi ossidativi che caratterizzano l'invecchiamento e contribuiscono a ridurre i meccanismi che portano alla perdita delle cellule cerebrali. Uno studio pubblicato il 24 aprile 1997 sulla rivista scientifica "New England Journal of Medicine" ha valutato l'efficacia della SELEGILINA e della vitamina E nella MA. Secondo questo studio, entrambi questi farmaci ritarderebbero la perdita di alcune attività della vita quotidiana e di conseguenza l'istituzionalizzazione, però non migliorano la memoria e il pensiero; a dosi elevate la vitamina E, di conseguenza, può dare problemi a soggetti con deficit di vitamina K.<sup>21</sup>

### **1.3.1 Terapia farmacologica dei disturbi comportamentali**

Come detto in precedenza, l'obiettivo primario della terapia è quello di migliorare la qualità della vita sia del paziente che del caregiver in quanto il soggetto affetto da MA

---

<sup>19</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_228\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_228_allegato.pdf)

<sup>20</sup> <https://www.aifa.gov.it/>

<sup>21</sup> Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001: 50-63*

potrebbe presentare dei disturbi del comportamento, dell'umore e sintomi psicotici, che maggiormente generano stress nella famiglia e aumentano il peso dell'assistenza.

Questi disturbi sono causati non solo dalla degenerazione cerebrale ma anche dal modo in cui il malato si adatta alle sue incapacità; perciò, è utile effettuare una valutazione medica accurata per determinarne le cause. In risposta alla consapevolezza della malattia, dapprima, la depressione è più frequente, ed è in grado di incidere negativamente sul quadro cognitivo del paziente con MA. In queste condizioni gli antidepressivi triciclici sono considerati farmaci di prima scelta seppur per i loro effetti anticolinergici, l'ipotensione ortostatica, e la tendenza alla riduzione della conduzione cardiaca; per questo sono preferibili i farmaci SSRI (inibitori selettivi *reuptake* di serotonina) privi di effetti anticolinergici, scegliendo quelli con minor interferenza metabolica.

Nei malati di Alzheimer sono efficaci, generalmente, dosi minime di farmaco, rispetto alla pratica psichiatrica. Per i disturbi psicotici vengono scelti farmaci che si distinguono tra gli antipsicotici di vecchia generazione (il cui uso non dovrebbe essere protratto nel tempo e deve essere limitato alle emergenze) e quelli atipici, di nuova generazione. Quest'ultimi (Aripiprazolo, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidone) vengono impiegati nel trattamento dei disturbi comportamentali delle demenze, quali i deliri, le allucinazioni, l'aggressività, l'agitazione, l'insonnia. Rispetto ai farmaci antipsicotici di vecchia generazione, quelli atipici risultano avere minor effetti collaterali, quali sedazione e rallentamento motorio.

Il Ministero della Salute ha recentemente avviato un piano di sorveglianza di tali farmaci, nel sospetto che essi possano aumentare il rischio di eventi cerebrovascolari.<sup>22</sup> Per il controllo dell'ansia vengono prescritte le benzodiazepine a breve emivita, controindicate per la somministrazione a lunga durata per il pericolo di accumulo plasmatico, mentre gli effetti collaterali sono la sedazione, confusione e disturbi atassici.

La terapia farmacologica per i disturbi del sonno è indicata per brevi periodi in assunzione discontinua (2-3 volte a settimana), preferibilmente con farmaci con emivita breve e alla dose minima efficace (Temazepam e Zolpidem). Bisogna pure attuare delle norme di igiene di vita evitando il sonno diurno, mantenendo orari fissi, svolgendo attività fisica, se possibile, ed idratare prevalentemente nelle prime ore della giornata e cenare con pasti asciutti per evitare la nicturia.

---

<sup>22</sup> [http://www.alzheimer.it/trattamento\\_farmac.pdf](http://www.alzheimer.it/trattamento_farmac.pdf)

### 1.3.2 Terapie non farmacologiche

La terapia farmacologica non basta per poter prendersi cura il paziente affetto da MA perché bisogna tener conto anche di terapie che hanno come obiettivo l'intervento sul paziente, sull'ambiente fisico e relazionale. Gli interventi sul paziente sono svolti da personale adeguatamente preparato usando tecniche che hanno indicazioni differenti nelle diverse fasi della malattia, molti studi sono in accordo con la loro utilità nella stimolazione dell'attenzione, delle differenti funzioni della memoria, del linguaggio, dell'orientamento spazio-temporale e nel miglioramento dell'umore, nonostante siano procedure limitate. Le varie tecniche che vengono svolte con il paziente possono essere:

- riabilitazione cognitiva con possibilità di usare supporti informatici;
- memory training, organizzando l'ambiente e usando mnemotecniche;
- terapia di orientamento alla realtà (ROT), sia formale (gruppi strutturati) che informale (nelle 24 ore) in cui vengono periodicamente ripetute, al soggetto, informazioni di base riguardanti sé stesso, gli altri, il tempo e lo spazio;
- terapia di rimotivazione discutendo temi d'attualità;
- terapia di reminiscenza, con la rievocazione guidata di eventi significativi della validation therapy con ascolto empatico delle esperienze del paziente;
- terapia occupazionale con riabilitazione e mantenimento delle capacità funzionali nelle attività della vita quotidiana;
- musicoterapia;
- psicomotricità.<sup>23</sup>

L'ambiente in cui vive il soggetto affetto da Alzheimer deve essere rivalutato focalizzandosi a facilitare il mantenimento delle autonomie che gli rimangono (cfr. paragrafo 2.3) eliminando le limitazioni psichiche e fisiche dei malati e quindi ogni possibile stimolo di confusione e di disorientamento per permettere al soggetto di vivere gradevolmente gli ambienti, con sicurezza ed evitando gli incidenti. I familiari ed i caregivers devono essere adeguatamente informati su ogni aspetto della malattia e formati all'utilizzo di un comportamento che non scaturisca disturbi comportamentali o che aggravi quelli cognitivi, ma che sia idoneo a sostenere il paziente.

---

<sup>23</sup> Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001: 62-65*

## **CAPITOLO 2**

### **DURANTE LA MALATTIA: LE FASI ASSISTENZIALI**

La diagnosi del morbo di Alzheimer ha un impatto molto forte sul nucleo familiare in quanto, questa nuova realtà, impone loro un cambiamento negli stili di vita; il coinvolgimento di tutte le persone interessate è una condizione necessaria per ridurre il carico assistenziale della malattia e il suo peso emotivo e relazionale, perciò, può richiedere di rivedere e riprogrammare i modelli relazionali sviluppati in precedenza all'interno della famiglia richiedendo un cambiamento importante a tutte le persone coinvolte e la sua gestione può imporre scelte difficili.

Una mancata presa di coscienza e una conseguente mancanza di decisionalità possono far aumentare in modo esponenziale le conseguenze negative della malattia nella vita quotidiana. Una persona sola non può occuparsi del malato perché un caregiver frustrato rischia di diventare inefficace e dannoso per il malato stesso, facendo innescare un circolo vizioso difficile da spezzare.

Un caregiver privo di spazi di gratificazione riduce le sue capacità di ascolto, empatia e pazienza, che sono fondamentali nella gestione del malato, di conseguenza, il malato incompreso diventa ulteriormente frustrato e sviluppa più facilmente comportamenti difficili, aumentando a sua volta lo stress del caregiver. Questo meccanismo si autoalimenta e può portare a una frattura nel processo di cura.

Un obiettivo importante per i malati e i loro caregiver è quello di garantire un livello di qualità della vita accettabile che l'OMS definisce come “la percezione degli individui circa la loro posizione nella vita e nel contesto della cultura e del sistema dei valori in cui vivono, in relazione ai loro scopi, aspettative, standard e occupazioni”.<sup>24</sup> Una definizione molto ampia perché deve valere per tutte le popolazioni del mondo e difficilmente si adatta alle situazioni operative che si incontrano quotidianamente.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_109\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_109_allegato.pdf)

<sup>25</sup> Bianchetti A. e Trabucchi M., *Qualità di vita nella persona affetta da demenza*. Roma, Critical Medicine Publishing s.r.l., 2007: 18



## 2.1 Il ruolo dell'infermiere

Il DM 739/94 afferma: “l’infermiere è l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, è responsabile dell’assistenza generale infermieristica”. “L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria”<sup>26</sup>; infatti l’infermiere:

- partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- per l’espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto;
- svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell’assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Dal profilo professionale dell’infermiere emerge la sua importanza in ogni ambito da quelli sanitari a quelli relativi alla soddisfazione dei bisogni primari del paziente.

Data la complessità, del paziente affetto da morbo di Alzheimer, sono numerosi i punti su cui l’infermiere deve prestare assistenza. Gli interventi specifici che l’infermiere attua provengono da un’attenta diagnosi infermieristica dove vengono identificate le risposte, i segni e i sintomi che indicano un effettivo o potenziale problema di salute per, poi, pianificare le cure più appropriate per risolverlo. Formulando le Diagnosi Infermieristiche (DI) vengono ricavate informazioni riguardanti lo stato di salute del paziente, viene espresso il giudizio professionale sulle sue condizioni identificando alterazioni e debolezze, capacità e punti di forza.<sup>27</sup> Elemento che costituisce la base per la stesura di

---

<sup>26</sup> <https://newportal.istitutotumori.na.it/Portale/wp-content/uploads/PROFILO-PROFESSIONALE.pdf>

<sup>27</sup> <https://www.nurse24.it/infermiere/lavorare-come-infermiere/diagnosi-infermieristiche.html>

un piano di intervento sanitario-assistenziale individualizzato è quello di analizzare il paziente attraverso indici di valutazione (scale di valutazione) ben definiti, precostituiti e validati. Le principali scale di valutazione e i parametri che l'infermiere deve prendere in considerazione sono: stato cognitivo, stato funzionale, rischio di cadute, rischio lesioni da pressione, dolore; che verranno trattati di seguito.

### **Lo stato cognitivo**

Diagnosi infermieristiche:

- **[00131] Memoria compromessa**
- **[00199] Pianificazione delle attività inefficace**
- **[00214] Benessere compromesso**

È indispensabile fare una valutazione accurata dello stato cognitivo che prende in esame le funzioni corticali superiori ed in particolare l'attenzione, l'orientamento, la memoria, il linguaggio, le funzioni esecutive (la programmazione delle attività) e le funzioni prassiche (la successione delle attività) utilizzando la scala Mini Mental State (M.M.S) (**Allegato 1**); una scala usata per la breve durata, circa dieci minuti, e la buona riproducibilità. È costituita da 11 item suddivisi in 5 sezioni; il punteggio totale varia da 0 a 30. Il punteggio soglia per la "normalità" viene posto a 24/30 (il limite è influenzato da età e scolarità).<sup>28</sup> Se effettuato correttamente, il test offre importanti informazioni nell'immediato ma è estremamente utile anche per seguire il decorso di eventuali disfunzioni riscontrate.

### **Lo stato funzionale**

Diagnosi infermieristiche:

- **[00102] Cura di sé, deficit nella (alimentazione)**
- **[00108] Cura di sé, deficit nella (bagno/igiene personale)**
- **[00110] Cura di sé, deficit nella (uso del gabinetto)**
- **[00109] Cura di sé, deficit nella (vestirsi/curare il proprio aspetto)**

Successivamente l'infermiere deve valutare, utilizzando opposte scale (ADL E IADL), le abilità fondamentali, del paziente, richieste per prendersi cura di sé in modo autonomo

---

<sup>28</sup> [https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-7\\_Valutazione-delle-performance-cognitive.pdf](https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-7_Valutazione-delle-performance-cognitive.pdf)

come mangiare, fare il bagno, vestirsi, muoversi, per poter, pianificare e intervenire in modo appropriato.<sup>29</sup> Le due scale valutano parametri differenti: le ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING) (**Allegato 2**) o ADL fisiche, comprendono quelle abilità richieste per gestire i propri bisogni fisici di base, tra cui igiene personale o toelettatura, vestirsi, continenza di feci e urine, trasferirsi o deambulare e mangiare.

Le IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING) (**Allegato 3**), invece, includono attività più complesse legate alla capacità di vivere in modo indipendente nella comunità, prendendo in considerazione la capacità del paziente nell'usare il telefono, fare la spesa, preparare il cibo, governo della casa, fare il bucato, prendere i mezzi di trasporto, assunzioni di farmaci e uso del denaro. La prima scala prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni). Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (senza assistenza, assistenza parziale, o assistenza completa).

La seconda, invece, prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 8 (indipendenza in tutte le funzioni).<sup>30</sup>

## **Rischio di cadute**

Diagnosi infermieristiche:

- **[00155] Rischio di cadute**
- **[00085] Compromissione della mobilità**
- **[00238] Posizione eretta compromessa**
- **[00237] Posizione seduta compromessa**

Altra problematica da valutare è il rischio di caduta, in quanto siamo di fronte ad anziani con età maggiore a 65 anni che hanno un rischio del 30% e fino al 50% per persone più anziane di 80 anni e, dato che, la caduta risulta avere un impatto sulla qualità della vita, sulla salute e sui costi correlati all'assistenza, l'infermiere è responsabile della sua

---

<sup>29</sup> Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, et al. Activities of Daily Living (ADLs) [Updated 2019 Dec 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

<sup>30</sup> [https://www.ccmnetwork.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area2/corso\\_incidenti\\_Aquila/indagine\\_inc\\_domestici/Indagine\\_campionaria\\_legenda\\_AD\\_IADL.pdf](https://www.ccmnetwork.it/documenti_Ccm/prg_area2/corso_incidenti_Aquila/indagine_inc_domestici/Indagine_campionaria_legenda_AD_IADL.pdf)

valutazione utilizzando opposte scale. Tra le più efficaci troviamo la SCALA CONLEY (**Allegato 4**), con sensibilità del 68%, con la quale viene assegnato un punteggio a ciascuna variabile permettendo di determinare il grado di rischio di caduta del paziente.<sup>31</sup>

La Scala Conley è suddivisa in due parti, che indagano rispettivamente:

- le eventuali cadute precedenti: attraverso domande dirette al paziente o, in caso di gravi deficit fisici o cognitivi, al caregiver; in assenza di caregiver, l'infermiere dovrà consultare la documentazione disponibile;
- il deterioramento cognitivo: attraverso l'accertamento infermieristico si valutano la marcia, lo stato di agitazione e quello della capacità di giudizio.

Ad ogni quesito si attribuisce un punteggio: il punteggio 0 indica una risposta negativa; i punteggi fra 1 e 3 rappresentano una risposta positiva. Sommando i punteggi positivi si otterrà il risultato della scala: i valori compresi tra 0 e 1 indicano un rischio minimo di caduta; i valori compresi tra 2 e 10 indicano, in progressione, un rischio di caduta da basso ad alto. Con un punteggio uguale o superiore a 2, il paziente è in condizione di rischio.<sup>32</sup>

### **Ulcere da pressione**

Diagnosi infermieristiche:

- **[00249] Rischio di ulcera da pressione**
- **[00085] Compromissione della mobilità**
- **[00035] Rischio di lesione**
- **[00014] Incontinenza fecale**
- **[00020] Incontinenza urinaria funzionale**
- **[00024] Inefficace perfusione tissutale**

Una scala di valutazione che non può mancare è quella relativa alle lesioni da pressione, in quanto ci troviamo di fronte ad un paziente che presenta i fattori di rischio tipici: età maggiore a 65 anni (che presentano riduzione del tessuto adiposo sottocutaneo e per l'ipoperfusione capillare), esposizione a irritanti cutanei (incontinenza urinaria e/o dell'incontinenza fecale), alterata capacità di guarigione delle ferite (a causa di malnutrizione, immobilità,) e sensazione alterata.<sup>33</sup> La più utilizzata in quanto rapida e

---

<sup>31</sup> <https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani>

<sup>32</sup> <https://www.doctornurse.it/rischio-di-caduta-scala-di-conley/>

<sup>33</sup> <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-dermatologici/ulcere-da-pressione/ulcere-da-pressione>

semplice, e perché la più conosciuta, è la SCALA NORTON (**Allegato 5**), anche se a causa della sua limitata definizione dei parametri, risulta ancora dotata di una certa soggettività. I parametri che prende in considerazione sono: condizioni generali, stato psichico, deambulazione, mobilità ed incontinenza sfinterica, per ognuno dei quali esistono quattro livelli di punteggio, che vanno dalla situazione peggiore sul piano clinico-funzionale (punteggio 1) a quello migliore (punteggio 4). Il punteggio che conta è la somma dei singoli parametri, compreso tra 5 e 20. Il rischio è considerato presente a partire da un punteggio di 14, elevato a partire da 12, molto elevato a partire da 10.<sup>34</sup>

## **Il dolore**

Diagnosi infermieristiche:

- **[00133] Dolore cronico**
- **[00132] Dolore acuto**
- **[00051] Compromissione della comunicazione verbale**
- **[00122] Disturbo della percezione sensoriale**

Il soggetto anziano con morbo di Alzheimer, spesso non riesce a riferire le sensazioni dolorose, ed è per questo che, chi assiste questi pazienti, deve essere in grado di captare ogni aspetto che dia segno di dolore.

La demenza di per sé non provoca dolore fisico ma ciò non evita che il soggetto affetto da MA non li possa avere in quanto sentono il dolore esattamente come tutti gli altri. Piuttosto, essi valutano il dolore in modo diverso, a momenti se ne dimenticano e non sono in grado di riferirlo a causa della compromissione della comunicazione, altre volte invece, manifestano la loro sofferenza in modo implicito, assumendo comportamenti diversi dal solito. In questo caso è utile osservarne attentamente il comportamento.

La scala del dolore studiata per interpretare questo parametro soggettivo, è la SCALA PAINAD (**Allegato 6**), una scala multidimensionale usata proprio per i soggetti non collaboranti e con deterioramento cognitivo. Prende in considerazione cinque parametri: la respirazione, la vocalizzazione, l'espressione del volto, linguaggio del corpo e consolazione; ciascun criterio di giudizio viene valutato con un punteggio da 0 a 2.

È la somma dei punteggi di ciascun parametro che ci dà informazione riguardo al dolore

---

<sup>34</sup> <https://www.medicalive.it/scale-di-valutazione-del-rischio-per-lesioni-da-pressione-generalita-ed-uno-studio-personale/>

del paziente con un valore minimo di 0 e massimo di 10: punteggio 0 esprime l'assenza di dolore, punteggio da 1 a 3 dolore lieve, con punteggio da 4 a 6 dolore moderato ed infine dolore severo con punteggio da 7 a 10.<sup>35</sup>

### 2.1.1 La tassonomia NANDA-I

L'obiettivo assistenziale è quello di mantenere l'autosufficienza e l'infermiere, deve essere in grado, dopo aver valutato attentamente il paziente, di individuare le Diagnosi Infermieristiche (DI), utilizzando la tassonomia NANDA International, (NANDA-I) in modo da poter intervenire prontamente per poter evitare ulteriori aggravamenti.

Questa tassonomia fornisce un modo per classificare e standardizzare le aree di interesse infermieristico e comprende 244 diagnosi raggruppate in 13 domini e 47 classi; esempi di domini ("ambito di conoscenze") nella tassonomia NANDA-I sono: attività/riposo, coping/tolleranza allo stress, eliminazione/scambi e nutrizione. I domini sono poi divisi in classi ovvero gruppi che condividono caratteristiche comuni.

Gli infermieri trattano le risposte rispetto alle situazioni di salute/processi vitali di un individuo, caregiver, famiglia, gruppo o comunità; queste rappresentano il focus dell'assistenza infermieristica.

Una diagnosi infermieristica può riguardare un problema di salute attuale (problem-focused), uno stato di promozione della salute o un rischio potenziale; infatti, le tipologie che l'infermiere può utilizzare sono:

- **Diagnosi infermieristica di promozione della salute:** un giudizio clinico sulla motivazione e il desiderio di migliorare il proprio benessere e di realizzare il proprio potenziale di salute. Queste risposte sono espresse dalla disponibilità ad aumentare specifici comportamenti che incidono sulla salute e possono essere usate in qualunque condizione di salute. Nel caso in cui una persona non sia in grado di esprimere la propria disponibilità a migliorare il comportamento relativo alla salute, l'infermiere può determinare che è presente una condizione per la promozione della salute e agire per conto dell'assistito. Le risposte di promozione della salute possono essere presenti in un individuo, caregiver, famiglia, gruppo o comunità.

---

<sup>35</sup> <http://dementiopathways.ie/filecache/04a/ddd/98-painad.pdf>

- **Diagnosi infermieristica di rischio:** un giudizio clinico riguardante la suscettibilità di una persona, caregiver, famiglia, gruppo o comunità a sviluppare una risposta umana indesiderabile a condizioni di salute/processi vitali; in questo caso è necessario che siano presenti i fattori di rischio che contribuiscono ad aumentare la suscettibilità.
- **Diagnosi infermieristica focalizzata su un problema di salute attuale (problem-focused):** un giudizio clinico riguardante una risposta umana indesiderabile a condizioni di salute/processi vitali presente in un individuo, caregiver, famiglia, gruppo o comunità; è necessario che siano presenti i seguenti elementi: caratteristiche definenti (manifestazioni, segni e sintomi) raggruppate in modelli di segnali o deduzioni correlati. Sono inoltre richiesti dei fattori eziologici che possono collegare, contribuire oppure essere precursori al focus della diagnosi.
- **Diagnosi infermieristica a sindrome:** un giudizio clinico riguardante uno specifico raggruppamento di diagnosi infermieristiche che si verificano insieme e che è meglio affrontare nel loro insieme e con interventi simili. Un esempio di diagnosi a sindrome è “Sindrome del dolore cronico” (00255) dolore che risulta ricorrente o persistente da almeno 3 mesi che influenza in modo significativo le attività giornaliere o il benessere del soggetto compromettendo altre risposte umane, e che quindi include altre diagnosi.

### 2.1.2 Caso clinico

Donna di 80 anni affetta da morbo di Alzheimer, vive in casa con il figlio e la nuora, che si prendono cura di lei. Nell'ultimo periodo i familiari notano uno stato confusionale importante che desta in loro preoccupazione. Durante l'arco della giornata beve solo ai pasti e non finisce mai la portata che le viene consigliata dal nutrizionista.

Due settimane prima è caduta, mentre si spostava verso la sua camera con il bastone, e fu costretta a rimanere allettata a causa della lussazione alla caviglia destra, che le provoca dolore durante la mobilizzazione. Di conseguenza il suo stato di riposo sia notturno che diurno (in quanto abituata al pisolino pomeridiano) è ridotto.

### Stesura del piano assistenziale

Diagnosi NANDA-I (codice)	Obiettivo (NOC)	Intervento (NIC)	T.teorico attuazione
Dolore acuto (00132)	Controllo del dolore (1605)	Gestione del dolore (1400): -effettuare un accertamento completo del dolore; -somministrare i farmaci prescritti prima di un'attività; -incoraggiare la persona a monitorare il proprio dolore e ad attuare interventi appropriati;	10 min.
Deambulazione compromessa (00088)	Mobilità (0208)	Esercizio fisico terapeutico: mobilità articolare (0224): -collaborare con il fisioterapista allo sviluppo e all'esecuzione di un programma di attività fisica; -monitorare la localizzazione del disagio o del dolore durante i movimenti; -incoraggiare la deambulazione.	30 min.
Rischio di cadute (00155)	Conoscenze: prevenzione delle cadute (1828)	Prevenzione delle cadute (6490): -identificare i deficit cognitivi o fisici della persona che possono aumentare il potenziale di cadute; -monitorare l'andatura, l'equilibrio e la resistenza alla deambulazione; -fornire ausili idonei a renderne sicura l'andatura; -educare i familiari sui fattori di rischio che contribuiscono alle cadute e sul modo in cui essi li possono ridurre; -suggerire l'uso di calzature sicure; -suggerire le modifiche da fare in casa per accrescere la sicurezza; -aiutare i familiari a individuare i rischi nell'ambiente domestico ed a eliminarli.	30 min.
Ansia (00146)	Autocontrollo dell'ansia (1402)	Riduzione dell'ansia (5820):	5 min.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>-adottare un approccio calmo e rassicurante;</li> <li>-spiegare tutte le procedure;</li> <li>-ascoltare con attenzione;</li> <li>-somministrare farmaci per ridurre l'ansia.</li> </ul>	
Rischio di integrità cutanea compromessa (00047)	Integrità tissutale: cute e mucose (1101)	<p>Assistenza alla persona allettata (0740):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ispezionare cute e mucose per la presenza di eventuali arrossamenti</li> <li>-monitorare la cute (per eventuali aree di arrossamento, eccessiva secchezza o umidità, colorito, temperatura);</li> <li>-mantenere una buona igiene della cute;</li> <li>-eseguire tecniche corrette di mobilizzazione.</li> </ul>	30 min.
Modello di sonno disturbato (00198)	Sonno (0004)	<p>Miglioramento del sonno (1850):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-spiegare l'importanza di un periodo adeguato di sonno durante la malattia;</li> <li>-introdurre specifiche modifiche ambientali come luci, rumore, temperatura, materasso, letto ecc... per promuovere il sonno;</li> <li>-stabilire gli orari di somministrazione dei farmaci in modo da favorire il ciclo sonno / veglia dell'assistito.</li> </ul>	10 min
Volume di liquidi insufficiente (00027)	Idratazione (0602)	<p>Gestione dei liquidi (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-monitorare le entrate: verificare che siano assunti almeno 1500 ml di liquidi al giorno per via orale nelle 24h, se non esistono controindicazioni;</li> <li>-verificare le preferenze e le avversioni nei limiti delle restrizioni dietetiche e fornire le bevande preferite.</li> </ul>	5 min.
Nutrizione squilibrata:	Comportamento di aderenza:	Gestione della nutrizione (1100):	30 min.

inferiore al fabbisogno metabolico (00002)	dieta prescritta (1622)	-determinare se la persona ha bisogno di una dieta speciale, - determinare, in collaborazione con il dietista se appropriato, il numero di calorie e il tipo di nutrienti necessari per soddisfare il fabbisogno nutrizionale; -monitorare l'apporto calorico e nutrizionale.	
--	-------------------------	---	--

## 2.2 Rapporti con la famiglia

Diagnosi infermieristiche:

- **[00073] Coping inadeguato della famiglia**
- **[00075] Disponibilità a migliorare il coping della famiglia**

L'assistenza sanitaria alle persone anziane con patologie che richiedono lunghi periodi di cura e che concorrono al loro indebolimento, comporta per gli operatori sanitari, in particolare per gli infermieri, la necessità di un'assistenza che rende partecipe anche la famiglia nella progettazione delle azioni di cura, mirando a garantire la conservazione dei valori familiari e la valorizzazione della casa come luogo principale dell'assistenza sanitaria informale, questo perché, più dell'80% dei dementi vivono al proprio domicilio dove trascorrono più del 90% della durata della malattia.

Non essendoci una cura conosciuta, il trattamento della MA mira alla lenta evoluzione della malattia, quest'ultima, provoca profondi cambiamenti nella vita quotidiana delle famiglie, oltre a portare uno shock e un carico emotivo all'intero nucleo, ed è quindi considerata una malattia familiare, imponendo così la necessità di programmare misure di sostegno, sia per il paziente che per i propri familiari. Nella fase preventiva dell'assistenza infermieristica, che si inserisce nei modelli territoriali di sanità d'iniziativa, esiste la figura dell'infermiere di famiglia e comunità che agisce proprio anche sui fattori di prevenzione della sua comunità di riferimento ma che agisce anche in ambito assistenziale nelle fasi più avanzate: mantenere la sicurezza fisica, ridurre l'ansia e l'agitazione, migliorare la comunicazione, promuovere l'indipendenza nelle attività quotidiane, provvedere ai bisogni di socializzazione e intimità, mantenere un'alimentazione adeguata, gestire i disturbi del sonno, aiutare e educare i familiari che

assistono il paziente. Un aspetto diverso dalla cura, che presuppone una vicinanza con il paziente propria della nostra professione afferma Draoli nell'articolo "Alzheimer: prendersi cura di chi ne soffre è una chiave di volta dell'assistenza infermieristica" pubblicato il 01/08/2019 in FNOPI. L'assistenza ai famigliari, quindi, va sostenuta con iniziative di informazione e di supporto mirato a facilitare il mantenimento del ruolo dei familiari, stabilendo una buona relazione paziente-famiglia-professionisti in grado di creare un'alleanza terapeutica importante per garantire un efficace processo di caring; il professionista, quindi, deve informare sui diversi aspetti della MA e sul miglior uso delle risorse assistenziali e terapeutiche disponibili, garantire formazione ai comportamenti ottimali per la gestione dei sintomi della MA e fornire sostegno psicologico individuale o di gruppo (gruppi di sostegno).<sup>36</sup>

### 2.2.1 Il caregiver

Diagnosi infermieristiche:

- **[00061] Tensione nel ruolo di caregiver**
- **[00062] Rischio di tensione nel ruolo di Caregiver**

I soggetti affetti da morbo di Alzheimer hanno bisogno di una cura che si protrae nel tempo ed è per questo che, come detto in precedenza, un ruolo importante lo hanno i famigliari, infatti, da uno studio emerge che l'83% dei dementi anziani vengono assistiti presso il loro domicilio.

Colui che assiste il paziente affetto da MA prende il nome di caregiver informale, un termine anglosassone che sta a significare "colui che si prende cura" e deriva dalla combinazione di due verbi "to care" (prendersi cura) e "to give" (dare).

Il caregiver non è necessariamente un familiare di riferimento ma può essere anche un conoscente, un amico, un vicino, un volontario od altro. Secondo i dati dell'ISTAT i caregiver sono 8 milioni e mezzo, oltre il 17% della popolazione e solo 900mila lo fanno per mestiere, rientrando cioè nella categoria dei badanti. Per quanto riguarda il caregiver familiare, per lo più sono donne in età compresa tra 45 e 55 anni, che spesso svolgono anche un lavoro fuori casa ma che nel 60% dei casi hanno abbandonato la propria attività

---

<sup>36</sup> Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001: 7 e 72*

per dedicarsi a tempo pieno (in media 7 ore al giorno di assistenza diretta e 11 ore di sorveglianza) alla cura del proprio parente; troviamo anche anziani e malati a loro volta, che si occupano di loro cari ancora più in difficoltà e soggetti tra i 18 e i 25 anni che vengono chiamati i “giovani adulti caregiver”.<sup>37</sup>

Lo sviluppo di interventi a supporto dei caregiver familiari è fondamentale nella gestione dell'assistenza alle persone con demenza in quanto i membri della famiglia hanno un ruolo primario nel fornire assistenza; è emerso che anche nelle fasi lievi del deterioramento cognitivo, gli interventi educativi sembrano essere tra i più importanti interventi non farmacologici, non solo per ridurre l'ansia e il carico del caregiver, ma anche per migliorare l'umore e la qualità della vita del paziente. L'informazione è necessaria da entrambi le parti: se non viene data informazione ai membri della famiglia, questi, non possono fornire un'assistenza efficace a una persona con demenza; dall'altra parte anche i caregiver devono fornire informazioni ai professionisti in modo tempestivo ed in maniera completa per poter permettere una rivalutazione delle condizioni del soggetto, per evitarne un eventuale peggioramento.<sup>38</sup>

I caregiver familiari sono solitamente chiamati pazienti secondari invisibili in quanto le attività per prendersi cura dei pazienti con malattia di Alzheimer sono pesanti; infatti, numerose indagini hanno dimostrato che i caregiver informali soffrivano di complicazioni psicologiche, depressione, stress, pressione mentale e, quasi un quarto soffriva di ansia. Alcuni caregiver, invece, hanno un atteggiamento positivo nei confronti delle condizioni di cura, garantendo così un miglioramento degli esiti psicologici dell'assistenza e sviluppando una funzione antishock contro le conseguenze negative; infatti, riportavano esperienze positive, tra cui sensazione di soddisfazione, di abilità e capacità, miglioramento della qualità delle relazioni con i pazienti e autoefficacia.<sup>39</sup>

I soggetti affetti da morbo di Alzheimer riversano, sui caregiver, un carico assistenziale tale da causare il “Caregiver Burden” questo termine descrive la sofferenza del caregiver a livello emotivo, fisico, di vita sociale o finanziario. È stato dimostrato che il sostegno e la formazione dei caregiver risultava essere in grado di migliorare la qualità di vita dei familiari, di modificare alcuni esiti della demenza e che, alcuni soggetti, sono più in

---

<sup>37</sup> ISTAT, Indagine “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell’Unione europea”, 2015  
<https://www.istat.it/it/archivio/204655>

<sup>38</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.cad.univpm.it/pmc/articles/PMC8293668/>

<sup>39</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.cad.univpm.it/pmc/articles/PMC8264438/>

grado di altri al care-giving, questo è determinato da numerosi fattori che comprendono risorse disponibili al caregiver, le abilità al coping, la percezione della propria efficacia e valore.<sup>40</sup> L'assistenza alla demenza è stata associata a effetti negativi sulla salute del caregiver e al collocamento precoce in case di cura per i pazienti affetti da demenza; da qui l'importanza di rivelare, prontamente, i fattori di rischio che influenzano il carico del caregiver per ridurre i suoi esiti negativi sulla salute fisica e psicologica, compilando il CAREGIVER BURDEN INVENTORY (**Allegato 7**), un questionario self-report, che prende in considerazione cinque dimensioni dello stress: carico o burden oggettivo, psicologico, fisico, sociale ed emotivo.

La CBI si compone di 24 item suddivise in altrettante 5 sezioni, una per ogni aspetto dello stress nella compilazione si richiede di barrare la casella da 0 a 4 (0= Per nulla 1= Poco 2= Moderatamente 3= Parecchio 4= Molto):

**1 - Il burden dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza** (item 1-5 - indicati con la lettera T), descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver valutando gli item: *Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane; Il mio familiare è dipendente da me; Devo vigilarlo costantemente; Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici); Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza.*

**2 - Il burden evolutivo** (item 6-10 - indicati con la lettera S), inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei. Gli item che vengono valutati sono: *Sento che mi sto perdendo vita; Desidererei poter fuggire da questa situazione; La mia vita sociale ne ha risentito; Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente; Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita.*

**3 - Il burden fisico** (item 11-14 - indicati con la lettera F), che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica. Gli item da valutare sono: *Non riesco a dormire a sufficienza; La mia salute ne ha risentito; Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute; Sono fisicamente stanca.*

**4 - Il burden sociale** (item 15-19 - indicati con la lettera D), che descrive la percezione

---

<sup>40</sup> Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001: 73*

di un conflitto di ruolo. Gli item da valutare sono: *Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto; I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari; Ho avuto problemi con il coniuge; Sul lavoro non rendo come di consueto; Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno.*

5 - **Il burden emotivo** (item 20-24 - indicati con la lettera E), che descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri. Gli item da valutare sono: *Mi vergogno di lui/lei; Provo del risentimento nei suoi confronti; Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa; Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi.*<sup>41</sup>

Il caregiver informale deve incoraggiare il suo caro all'indipendenza, almeno fino a quando questo è possibile, senza creare pericoli ed evitando di creare un eccesso di disabilità, spronando il paziente a svolgere da solo, o con la propria supervisione, determinate attività quotidiane come, ad esempio, la cura di sé stessi, cucinare, fare spesa, usare il telefonino, ecc. Chi è affetto da MA deve mantenere la memoria residua utilizzando alcuni supporti come: mettere bene in vista le fotografie dei congiunti, di grandi dimensioni e recanti i loro nomi; contrassegnando le porte delle camere.

Il paziente deve essere coinvolto nella vita familiare di tutti i giorni, non bisogna trattare il malato come un bambino, proteggendolo da qualunque evento spiacevole perché un'eccessiva protezione può peggiorare il suo senso di emarginazione ed isolamento.

## 2.3 L'ambiente in cui vive il paziente

Diagnosi infermieristica:

- **[00098] Compromessa gestione della casa**
- **[00199] Pianificazione delle attività inefficace**
- **[00114] Sindrome da stress da trasferimento**
- **[00149] Rischio di Sindrome da stress da trasferimento**

Il malato di Alzheimer perde la capacità di distinguere ciò che è pericoloso da ciò che non lo è, ed è per questo che il caregiver e i professionisti devono assicurarsi che la casa, in cui il malato risiede, sia sicura per evitare incidenti e per ridurre al minimo i danni, nel

---

<sup>41</sup> <https://www.neuropsicologiaweb.it/index.php/neuropsicologia/test/123-sand-screening>

caso questi si verificano. Questo risulta avere anche una valenza terapeutica in quanto può sia accentuare che compensare in parte le conseguenze del deficit cognitivo, e pertanto può condizionare sia lo stato funzionale che il comportamento del paziente e migliorare la qualità di vita dei caregiver.<sup>42</sup>

Attraverso una pianificazione graduale bisogna adattare la casa alle condizioni del paziente verificando lo stato di finestre, porte, balconi, giardino, terrazze, pavimenti, scale, elettrodomestici, luci, attrezzi e utensili vari, farmaci, disinfettanti e detersivi, piante, vetri e vetrate, per poter così ridurre al minimo i rischi di fuga, caduta, ferite, ustioni e folgorazioni accidentali, ingestione di sostanze tossiche. Inoltre, è utile rivestire con materiali morbidi spigoli, bordi taglienti e pareti per ridurre il rischio di contusione derivante da un urto accidentale con essi.

È molto importante installare rilevatori (allarmi) di fumo, di monossido di carbonio e di allagamento vicino a tutte le camere. Bisogna tenere sempre una scorta di chiave di casa del malato e togliere le chiavi dalle porte per evitare che il malato si chiuda accidentalmente o volontariamente in una stanza. L'uso di prolunghe è da evitare, in alternativa è meglio usare il battiscopa per evitare il rischio di inciampi, poi andrebbe verificato che l'illuminazione sia adeguata in tutte le stanze e posizionare interruttori della luce sia all'inizio che alla fine delle scale; quest'ultime devono essere dotate di corrimano che si estenda oltre i primi e gli ultimi passi e applicare le strisce di sicurezza sui gradini. Altra cosa fondamentale è fornire il WC, vasca e doccia di maniglioni, utilizzare tappetini antiscivolo e fare attenzione agli specchi perché il malato può non riconoscere la propria immagine riflessa e spaventarsi. In cucina è preferibile utilizzare fornelli elettrici o a gas con sistemi automatici di spegnimento, essendo una grande fonte di pericolo; riporre i coltelli e i prodotti detergenti, medicinali e alcolici in un luogo sicuro e non direttamente accessibile al malato. Per evitare il rischio di caduta, vanno eliminati i tappeti, pavimenti rialzati e bisogna far indossare scarpe comode con suola di gomma e chiusura con velcro.<sup>43</sup> Per favorire l'orientamento spaziale si possono utilizzare segnaletiche visive che aiutino il malato nella comprensione dell'organizzazione spaziale utilizzando immagini, disegni e simboli grafici, in quanto facilmente comprensibili, che raffigurano la funzione del luogo indicato.

---

<sup>42</sup> <https://www.amaferrara.it/pdf/libretto01.pdf>

<sup>43</sup> <https://www.amaferrara.it/pdf/libretto01.pdf>

Gli ambienti e gli spazi domestici dovranno agevolare il senso del trascorrere del tempo e del cambiamento stagionale, bisognerà, quindi, eliminare barriere alla vista dell'ambiente esterno ed utilizzare piante e fiori come strumento che permette al malato di accorgersi del cambiamento stagionale. Per facilitare l'orientamento temporale, invece, è utile collocare calendari e orologi, ben visibili e facili da leggere, nei vari ambienti della casa, buttando regolarmente giornali e riviste.<sup>44</sup>

## 2.4 La comunicazione

Diagnosi infermieristiche:

- **[00051] Compromissione della comunicazione verbale**
- **[00069] Coping inefficace**
- **[00052] Interazioni sociali compromesse**
- **[00053] Isolamento sociale**
- **[00225] Rischio di disturbo dell'identità personale**

L'elemento che sta alla base di tutte le interazioni sociali è la comunicazione; perciò, possedere delle buone capacità comunicative è fondamentale per farsi capire dagli altri e stabilire delle relazioni interpersonali soddisfacenti, in quanto influisce anche sulla propria autostima. Per poter comunicare è necessario che i soggetti siano almeno due, uno che produce un messaggio e l'altro che lo riceve, ci deve essere un messaggio da comunicare e le persone devono poter comprendere il messaggio, quindi, è necessario avere in comune un codice condiviso. Questo processo, nei soggetti affetti da morbo di Alzheimer, tende a regredire, implicando, così, una compromissione della trasmissione delle proprie emozioni e dei propri bisogni avendo sempre più difficoltà a comprendere con chiarezza ciò che dicono gli altri; infatti, sin dall'inizio si avvertono cambiamenti nel modo di parlare del malato. Inizialmente tali difficoltà possono essere limitate o sporadiche, con un impatto limitato sulla qualità della vita; con l'avanzare della malattia, dialogare può diventare sempre più difficile. Queste difficoltà sono devastanti sia per i malati che per i famigliari e i caregiver ed è per questo che è importante mantenere la comunicazione, perché, quando il soggetto inizia a faticare a esprimersi con le parole crescono ansia, depressione, rabbia e senso di frustrazione che possono portare alla

---

<sup>44</sup> Sancesario G., Carlo Caltagirone M. *Alzheimer e altre demenze*. S.I, Società Editrice Universo, 2017: 485



chiusura nel silenzio.<sup>45</sup> Emerge, quindi, l'importanza dei familiari di adattare continuamente, con elasticità e sensibilità, le proprie modalità comunicative e comprendere che, anche quando la comunicazione verbale è molto compromessa, i pazienti con demenza sono in grado di recepire i messaggi non verbali e la vicinanza emotiva; perciò, i familiari possono sempre contare su questa modalità di comunicazione per trasmettere loro affetto e vicinanza.<sup>46</sup>

Nel 1995 Ripich, Wykle e Niles hanno ideato il "Metodo FOCUSED", un programma che mira all'accrescimento delle competenze comunicative per assistenti infermieristici e caregiver con l'obiettivo di fornire informazioni relative al morbo di Alzheimer e alla comunicazione con i soggetti affetti da tale patologia, correggere qualsiasi disinformazione con le persone a cui è stata diagnosticata questa malattia e offrire tecniche volte a massimizzare il potenziale di comunicazione. Tale metodo adotta delle strategie che possono essere adattate per un utilizzo in qualsiasi fase della malattia, anche se gli obiettivi dello scambio comunicativo differiscano drasticamente man mano che la patologia progredisce. In particolare, questo metodo è composto da sette step:

**F:** Funzionale e faccia a faccia: Affrontare direttamente il paziente, attirare la sua attenzione e cercare di mantenere il contatto visivo.

**O:** Orientarsi all'argomento: Orientare il paziente sull'argomento ripetendo più volte le parole dell'argomento, ripetere le frasi esattamente e dargli il tempo di elaborare e comprendere ciò che hai detto (questo non significa parlare più lentamente).

**C:** Continuità dell'argomento - argomenti concreti: Continuare lo stesso argomento di conversazione il più a lungo possibile e introdurre cambiamenti nell'argomento per preparare il paziente al passaggio.

**U:** Staccare eventuali blocchi di comunicazione: interrompere il paziente quando usa la parola sbagliata suggerendo la parola che intendeva e ripetendo la frase con la parola corretta. Chiedere "Vuoi dire...?"

**S:** Struttura con domande sì/no e a scelta: strutturare le domande in modo che presentino al paziente una scelta semplice, ovvero "sì/no" in modo da fornire solo un massimo di due opzioni alla volta. È anche importante cercare di fornire opzioni che siano attraenti per il paziente, poiché vogliamo incoraggiare l'interazione, non associarla a esiti negativi.

---

<sup>45</sup> <https://novilunio.net/comunicare-con-una-persona-con-demenza/>

<sup>46</sup> <https://www.centroalzheimer.org/area-familiari/la-malattia-di-alzheimer/atteggiamento-con-il-malato/problemi-piu-frequenti-e-modalita-di-gestione/>

**E:** Conversazione di scambio: incoraggiare l'interazione iniziando le conversazioni con argomenti piacevoli e quotidiani e mantenere il normale scambio di conversazioni il più possibile. Porre domande che il paziente troverà di facile comprensione e risposta e dai loro indizi se hanno bisogno di aiuto per trovare la risposta.

**D:** Frasi dirette, brevi e semplici: Usare frasi brevi, semplici e dirette. Pronomi come lei, lui, loro, ecc. dovrebbero essere evitati poiché possono causare confusione e i nomi propri dovrebbero essere usati per mantenere il contenuto chiaro. Segnali manuali, immagini ed espressioni facciali possono essere usati per rafforzare il significato, specialmente durante le fasi successive della malattia.<sup>47</sup>

Inoltre, ci sono una serie di approcci basati sulle attività per aumentare la comunicazione che possono essere realizzati singolarmente o in gruppo e utilizzare attività specifiche (es. preparare un pasto) o diverse per stimolare la comunicazione (es. portafoglio di comunicazione, libri di memoria), con l'obiettivo di migliorare o mantenere un certo numero di abilità funzionali, inclusa la comunicazione.

## 2.5 L'alimentazione

Diagnosi infermieristiche:

- **[00002] Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico**
- **[00027] Insufficiente volume di liquidi**
- **[00048] Dentizione compromessa**
- **[00103] compromissione della deglutizione**

Con l'avanzare dell'età i soggetti si trovano ad affrontare le conseguenze del processo d'invecchiamento, caratterizzato da modificazioni fisiologiche, quali il rallentamento del metabolismo basale, la diminuzione della muscolatura scheletrica e cambiamenti dello stile di vita, come la ridotta attività fisica, che riducono il fabbisogno energetico, ma che richiedono comunque un giusto apporto di nutrienti. La nutrizione contribuisce in modo rilevante alla salute, infatti, un'alimentazione adeguata è importante per mantenere l'attività quotidiana e per conservare l'autonomia funzionale. I problemi nutrizionali

---

<sup>47</sup> Ripich, D., Wykle, M., & Niles, S. (1995). The FOCUSED program: A communication skills training program helps nursing assistants to give better care to patients with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*, 16 (1), 15-19. doi:10.1016/S0197-4572(05)80073-4  
<http://caregivercommunication.weebly.com/focused-training.html>

aumentano le complessità degli anziani, in quanto si ha difficoltà nell'attuare le direttive dietetiche, ma anche per le ridotte possibilità biologiche di adattamento e di compenso funzionale di cui dispongono i più anziani, arrivando a quella che viene definita "fragilità nutrizionale".<sup>48</sup> Gli effetti della malnutrizione sono già stati riconosciuti come un problema tra la popolazione anziana in generale, così come il rischio e la prevalenza della disidratazione, tuttavia, questi effetti diventano più gravi per coloro che vivono con la demenza in quanto si manifesta sin dalle fasi iniziali della malattia.

Con la progressione della patologia, le persone con demenza possono sviluppare diversi sintomi che influenzano l'assunzione di cibo e liquidi, con diversi possibili meccanismi: il danno al tessuto cerebrale associato al controllo dell'appetito può causare anoressia, altri disturbi cognitivi possono portare a dimenticare i pasti, coinvolgere la capacità di fare scelte alimentari o portare all'incapacità di comunicare la fame e chiedere cibo.

Nella demenza grave, le persone possono sviluppare problemi di alimentazione e necessitare dell'assistenza alimentare, infatti, si possono riscontrare oltre ai problemi con le capacità motorie, problemi di deglutizione e incapacità di utilizzare utensili per l'autoalimentazione, voltare la testa durante la nutrizione, rifiutarsi di aprire la bocca, sputare il cibo, lasciare la bocca aperta facendo cadere il cibo, o rifiutarsi di deglutire.<sup>49</sup> Per affrontare le difficoltà alimentari bisogna aiutare il malato a mantenere una certa indipendenza, evitando di trattarlo come un bambino oppure metterlo in imbarazzo; la cosa migliore è incoraggiarlo a fare da solo tutto quello di cui è capace.

Per esempio, se non riesce a usare il coltello, piuttosto che imboccarlo è meglio preparare cibi a pezzetti, o tagliarli prima di portarli in tavola. Alcune volte è sufficiente un piccolo suggerimento, come invitarlo a usare il cucchiaino invece della forchetta garantendogli la possibilità di mantenere più a lungo la propria indipendenza anche se ad un certo stadio della malattia, sarà necessario imboccarlo. In questo caso, bisognerà fare attenzione a non dargli da mangiare in caso di sonnolenza o di agitazione, oppure se è sdraiato, per evitare il rischio di soffocamento. Altra cosa importante è fare in modo che i pasti siano un'esperienza piacevole in quanto il malato può manifestare insofferenza per i momenti

---

<sup>48</sup><https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5506&area=nutrizione&menu=patologie&tab=3>

<sup>49</sup> Herke M., Fink A., Langer G., Wustmann T., Watzke S., Hanff A.M., Burckhardt M. Environmental and behavioural modifications for improving food and fluid intake in people with dementia. 2018 Lug 18. PMID: 30021248, PMCID: PMC6513567.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.cad.univpm.it/pmc/articles/PMC6513567/>

del pasto, vedendoli più come un tormento. Se gli viene dato il tempo sufficiente, magari con un piccolo aiuto, si sentirà più rilassato; anche un sottofondo musicale potrebbe contribuire a creare un'atmosfera rilassata; in molti casi, potrebbe essere utile coinvolgerlo, nella preparazione del cibo o della tavola. I pasti rappresentano un'opportunità ideale per dare al malato con demenza l'opportunità di rimanere attivo e sentirsi utile. Per evitare disidratazione, stipsi e aggravamento dello stato confusionale è importante incoraggiare a bere almeno 1 litro di liquidi (8 tazze) al giorno. Ci sono poi alcuni casi che richiedono un'attenzione ancora maggiore, come i malati che soffrono di vomito, diarrea o diabete e le persone che assumono diuretici o farmaci per il cuore, durante la stagione estiva o in alcune situazioni come, ad esempio, la febbre perché la persona anziana si disidrata con molta facilità.

In pratica, è bene accertarsi che le bevande non siano troppo calde, perché altrimenti il malato potrebbe scottarsi senza rendersene conto. In caso di evidente nervosismo è meglio evitare le bevande stimolanti (caffè, tè, cioccolata, ecc.) e preferire le bevande di frutta e il latte, come pure le bibite decaffeinatate.<sup>50</sup>

Ciò che si mangia può influenzare i processi cerebrali con differenti meccanismi: regolando i neurotrasmettitori, modulando le trasmissioni sinaptiche, modificando la fluidità delle membrane cellulari e le vie di trasmissione dei segnali nervosi; ed è per questo che il paziente con Alzheimer, come tutti i pazienti anziani, deve seguire costantemente una dieta sana ed equilibrata (dieta Mediterranea risulta quella ottimale), legata il più possibile alla stagionalità dei cibi.

Nell'alimentazione non possono mancare gli acidi grassi insaturi che si trovano naturalmente in grandi quantità nella frutta secca e nell'avocado, ma soprattutto nel pesce (salmone, sardine, sgombri), alimento che ormai moltissimi studi hanno dimostrato essere fondamentale nella prevenzione della malattia di Alzheimer. È importante introdurre nella dieta anche cibi ricchi di Omega 3 in quanto aumenta la circolazione sanguigna nelle aree del cervello che controllano memoria e apprendimento.

Da recenti studi è emerso che la fosfatidilcolina (nelle uova e nella soia) e i flavonoli (presenti nei cavoli, spinaci, broccoli), sono fondamentali nel mantenere alte le performance cognitive.<sup>51</sup> Ridurre il contenuto calorico della dieta può essere un

---

<sup>50</sup> <http://www.alzheimer.it/alimen.html>

<sup>51</sup> <http://www.brainer.it/la-prevenzione-comincia-tavola/>

potenziale mezzo attraverso il quale influire positivamente sulle funzioni cognitive e proteggere il cervello, riducendo i danni ossidativi in quanto possono ridurre la plasticità sinaptica e aumentare la vulnerabilità delle cellule causando la formazione di radicali liberi; anche frutta e verdura hanno un ruolo importante dato dal contenuto di antiossidanti e vitamine E e C.<sup>52</sup>

Oltre a una dieta sana, l'esercizio fisico aiuta a mantenere il cervello in forma ed è utile sia per rallentare il decorso che l'insorgere della malattia. L'attività fisica costante, commisurata alle condizioni fisiche del paziente e ad eventuali altre patologie, è importante durante tutte le fasi della malattia perché gli esercizi aerobici, di flessibilità e di potenziamento muscolare, migliorano le funzioni cognitive delle persone affette da Alzheimer; l'importante è incoraggiare il malato e farlo sentire a suo agio durante lo svolgimento dell'attività, così da renderlo un momento positivo e ricco di autonomia.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> <https://www.affidea.it/news-eventi/blog/cibo-per-la-mente-quali-mangiare-per-un-avere-un-cervello-in-salute/>

<sup>53</sup> <http://www.brainer.it/esercizio-fisico-prevenzione/>

### **CAPITOLO 3**

## **PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO**

La nascita dell'assistenza domiciliare si può collocare nel XIX secolo, quando Florence Nightingale, pioniera inglese della scienza infermieristica moderna, assisteva gli ammalati poco benestanti presso il loro domicilio.

Un secolo più avanti, nel 1966, il National Health Service definiva l'attività svolta dai sanitari al di fuori della struttura ospedaliera, in Italia un sistema simile si avviò nel 1970, ma si era ancora ben lontani dal concetto di ADI. Il personale veniva impiegato a domicilio per espletare faccende domestiche o burocratiche e per accudire la persona.

Il 23 dicembre 1978 con l'istituzione del SSN si gettarono le basi per la nascita di una vera assistenza al di fuori delle mura ospedaliere. Con l'attenzione sulle problematiche legate all'AIDS e l'aumento demografico della popolazione senile, tra gli anni '80 e '90, il Governo dovette stanziare fondi e legiferare a favore degli assistiti a domicilio e delle persone non autosufficienti, attuando così una scrupolosa politica riguardante l'assistenza domiciliare integrata e l'ospedalizzazione domiciliare.

Oggi, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio che ha come finalità generale quella di facilitare la permanenza della persona anziana nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale; infatti, questa condizione, quando possibile, è la più adeguata ai bisogni della persona e garantisce la migliore qualità della vita.<sup>54</sup> Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Sono chiamate così proprio perché c'è integrazione di prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Queste prestazioni sono completamente a carico del SSN per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta, e per una quota pari al 50% nei giorni successivi, il restante 50% è a

---

<sup>54</sup> <http://www.aimafirenze.it/wp-content/uploads/2014/07/La-rete-dei-servizi.-I-servizi-per-la-demenza..pdf>

carico del Comune che ha facoltà di chiedere all'utente di coprire parte della quota con risorse proprie (su base ISEE), secondo quanto previsto dalla normativa regionale e comunale. In base al bisogno di assistenza della persona che emerge dalla valutazione multidimensionale vengono, poi, integrate anche interventi sociali erogati dal Comune. Dagli anni Novanta, in termini di principio, l'assistenza territoriale domiciliare è stata sempre descritta come uno degli assi portanti del sistema d'intervento, tantoché, insieme all'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata della rete dei Medici di Medicina Generale, rientra nei livelli essenziali e uniformi di assistenza, che devono essere garantiti in uguale misura e intensità su tutto il territorio Nazionale (DPCM 29/11/2001) e confermano che deve essere il distretto a coordinare tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche (erogate con modalità sia residenziali sia intermedie, ambulatoriali e domiciliari) oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quelle a elevata integrazione sociosanitaria. Inoltre, viene anche dichiarato che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» e che «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione».<sup>55</sup> Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che permettono di definire il programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse. L'assistenza domiciliare prevede il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale che deve verificare la presenza dei requisiti per poter attivare l'assistenza al malato, che sono:

- condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;

---

<sup>55</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_772\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_772_allegato.pdf)

- adeguato supporto familiare o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- presa in carico da parte del medico di medicina generale (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20).

La richiesta di attivazione delle cure domiciliari può essere presentata da chiunque (paziente, familiare, caregiver, medico, ecc.) agli uffici competenti della Asl, in genere situati presso il Distretto. Al primo accesso viene valutato globalmente lo stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del piano assistenziale individuale (PAI), un documento di sintesi clinico-infermieristico-assistenziale che raccoglie e descrive, in ottica multidisciplinare, la valutazione del singolo paziente permettendo un monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti in quanto sono indicati gli obiettivi misurabili e quantificabili inerenti la cura e l'assistenza del paziente, che vengono perseguiti dall'equipe e sottoposti a verifica periodica.<sup>56</sup>

Dal punto di vista normativo, le tipologie assistenziali presenti in Italia includono le “Cure Domiciliari Prestazionali” (caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato); le “Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello” (quelle di primo e secondo livello assorbono quelle già definite ADI, mentre quelle di terzo livello assorbono l'OD) e le “Cure domiciliari palliative a malati terminali” (assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale) e l'OD-CP (ospedalizzazione domiciliare - cure palliative) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze.

A differenza di altre tipologie di servizi sanitari, per l'ADI, (si pensi al DM 70 in ambito ospedaliero), non esistono standard nazionali di riferimento sulla copertura attesa dalle regioni, sull'intensità delle cure e sui livelli qualitativi del servizio. In occasione delle verifiche LEA, le regioni sono valutate attraverso un indicatore che fotografa la percentuale di anziani trattati in ADI.

In assenza di standard normativi nazionali, il confronto e la valutazione dell'adeguatezza

---

<sup>56</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_772\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_772_allegato.pdf)



del servizio delle regioni avvengono sulla base di standard statistici.<sup>57</sup> Inoltre, è stato costruito un indicatore per valutare quantitativamente la percentuale di ASL che nel territorio regionale hanno sviluppato l'attività di assistenza domiciliare integrata:

$$\frac{\text{Numero ASL con attivazione ADI}}{\text{Numero ASL della regione}} \times 100.$$

Questo indicatore non fornisce informazioni specifiche in merito al numero di programmi domiciliari per tipologie cliniche di destinatari dell'intervento e riguardo alle dimensioni del bacino di utenza, inoltre non definisce nemmeno le diverse modalità di erogazione, direttamente dalla ASL o da un servizio esternalizzato. La percentuale di ASL italiane che hanno sviluppato l'ADI è pari al 90%. Il Piemonte, la Valle d'Aosta, la Lombardia, il Trentino-Alto Adige, il Friuli-Venezia Giulia, le Marche, il Molise e la Basilicata hanno attivato nel 100% delle ASL l'assistenza domiciliare integrata. Per le altre regioni è presente una notevole variabilità nel dato.

La regione con la più bassa percentuale è l'Abruzzo, con il 50% di attivazione di ADI nelle ASL del proprio territorio. Nelle regioni in cui è presente il 100% di ASL con attività ADI, non vi è possibilità di valutare completamente l'adeguatezza del dimensionamento dell'offerta. Le Marche rientrano tra le regioni che prevedevano 1 distretto ogni 30.000 - 15.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 residenti compreso tra 6,66 e 3,33) ma risulta al di sotto della soglia prevista: 2.43 distretti per ogni 100.000 residenti.<sup>58</sup> Una ricerca di Italia Longeva, un network composto dal ministero della Salute, dall'Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani e dalla Regione Marche, rivela che in Italia l'istituto dell'assistenza sanitaria a domicilio oggi come oggi risulta essere sottovalutato. Secondo le ultime statistiche, sono circa tre milioni le persone con più di 65 anni che hanno bisogno di assistenza medica e solo 370mila di loro ricevono assistenza a domicilio. Oggi la copertura sanitaria a domicilio è solo del 2,7% questo, perché gli anziani fragili, con patologie croniche che hanno bisogno di assistenza quotidiana, sono nella maggior parte dei casi lasciati senza un servizio adeguato oppure vengono portati negli ospedali dai loro parenti.

---

<sup>57</sup> <https://www.luoghicura.it/servizi/domiciliarita/2019/01/dove-sta-andando-ladi-le-principali-tendenze-evolutive-delle-cure-domiciliari/#easy-footnote-bottom-2-6045>

<sup>58</sup> [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2003-arg-assistenza\\_territoriale.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2003-arg-assistenza_territoriale.pdf)

### 3.1 Vantaggi per il malato

L'OMS intende per assistenza domiciliare “la possibilità di fornire a domicilio dei pazienti quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”; un'alternativa che permette agli anziani di evitare il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale, assicurando comunque la continuità assistenziale, permettendo anche ai parenti di stare tranquilli sulle modalità di gestione e monitoraggio della salute del loro caro, in quanto il personale si reca periodicamente al domicilio del paziente per provvedere a tutte le cure necessarie per la sua salute ed ai controlli che necessita. Ha il grande vantaggio di favorire l'autonomia del paziente, garantendogli la permanenza all'interno del nucleo familiare durante le cure, fornendo quindi anche la vicinanza affettiva e fisica che è necessaria per la salute del paziente, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dell'anziano, di limitare il declino delle funzioni, di mantenere stabile il quadro clinico in caso di malattie croniche e di favorire l'utilizzo delle abilità residue.

L'assistenza domiciliare usufruisce di un'équipe personalizzata sulla base delle esigenze del paziente, combinando i vantaggi di far restare il paziente nel suo ambiente di vita, creando un punto di riferimento per familiari e pazienti, e garantendo un controllo completo e certo sullo stato di salute del paziente evitando svantaggi e disagi dell'ospedalizzazione.<sup>59</sup> L'ambiente familiare rappresenta quasi sempre la soluzione di assistenza più adeguata, grazie alla ricchezza di contenuti umani e relazionali; luogo privilegiato in cui ci si sente al sicuro e che risulta essere una grande risorsa per la persona che vi abita e per l'educatore professionale che attua interventi domiciliari.

Se l'ambiente in cui vive il paziente viene adattato correttamente alla nuova condizione della persona, può assumere una valenza terapeutica importante nella sua quotidianità, in quanto, in ogni fase della malattia, può compensare o, al contrario, accentuare le conseguenze del deficit cognitivo e, pertanto, condizionare sia lo stato funzionale che il comportamento della persona.

Per quanto riguarda l'ambiente umano (persone che ruotano intorno alla persona con demenza, le attività e la scansione dei tempi della giornata) si ritrova a dover gestire una malattia che comporta un radicale cambiamento della personalità del proprio caro, ma ha

---

<sup>59</sup> <https://www.retephitalia.it/anziani-i-vantaggi-dellassistenza-a-domicilio/>

anche la necessità di riorganizzare abitudini e ritmi della quotidianità, in funzione del benessere della persona da accudire con scelte operative il più possibile personalizzate.<sup>60</sup>

### **3.2 Metodologia e strumenti operativi**

Vista l'importanza dell'assistenza domiciliare per i pazienti più fragili, ma soprattutto per soggetti anziani con demenza è importante provvedere a migliorarne alcuni aspetti, iniziando da una proposta della cartella clinica integrata (**Allegato 8**). Questa cartella clinica dovrà rimanere presso l'abitazione del paziente in modo tale da garantire una visione completa ai vari professionisti, che seguono il paziente, ad ogni accesso presso la sua abitazione. Infatti, così facendo, il paziente sarà gestito a 360° ed ogni informazione, essendo riportata su un'unica cartella clinica, potrà essere usufruibile da tutti. Come tutte le cartelle cliniche, dovrà contenere una prima pagina dedicata ai dati anagrafici del paziente e del Medico di Medicina Generale in modo da garantire una rintracciabilità in caso di consultazioni. A seguire il medico dovrà indicare l'anamnesi patologica remota, l'anamnesi farmacologica, l'anamnesi patologica cognitiva. Dovranno essere indicate oltre, la data e ora di accesso, anche l'attività svolta e la firma del Medico. È importante, che il MMG segnali la terapia farmacologica in atto del paziente ed eventuali annotazioni per una comprensione migliore da parte degli altri professionisti. A seguire sarà presente una sezione dedicata alla valutazione multidimensionale in cui sussisteranno diverse scale di valutazione: 1) Mini Mental State Evaluation, 2) Activities Of Daily Living (ADL), 3) Instrumental Activities Of Daily Living (IADL), 4) Scala Conley, 5) Indice Di Braden + scheda di monitoraggio delle lesioni da decubito, 6) Mini Nutritional Assisment, 7) Neuropsychiatric Inventory.

È indispensabile la presenza di una sezione dedicata alla rivelazione dei parametri vitali, che dovranno essere monitorati ad ogni accesso del personale, prestando particolare attenzione al dolore in quanto unico parametro soggettivo, nei casi in cui il paziente non riesce ad esprimersi bisognerà integrare la scala Painad alla cartella. In seguito, è importante che l'infermiere individui quali siano le diagnosi infermieristiche indicandone la definizione, le caratteristiche definenti, gli obbiettivi attesi e gli interventi da attuare.

---

<sup>60</sup> <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2019/07/la-permanenza-della-persona-con-alzheimer-presso-la-propria-abitazione-le-buone-pratiche-delleducatore-professionale-nei-servizi-domiciliari/>

Questo permetterà, ai vari infermieri, che accederanno a domicilio del paziente, di avere un quadro preciso tale da permettere un giusto intervento e quindi una continuità assistenziale da parte di professionisti differenti.

Nella cartella non potrà mancare il diario clinico infermieristico, simile a quello utilizzato in abito ospedaliero, in cui verranno annotate tutte le attività svolte, quelle non eseguite ed eventuali promemoria per i prossimi accessi; questo, per garantire una rintracciabilità, deve riportare la data e l'ora di compilazione e la firma dell'infermiere che ha svolto l'attività. Sempre di competenza infermieristica è il monitoraggio delle evacuazioni e della diuresi, questo perché il paziente con demenza ad un certo punto soffrirà di incontinenza urinaria e fecale (anche se quest'ultima tende ad essere più comune negli ultimi stadi della malattia) e gli provocherà l'angoscia. Dato che l'incontinenza non è mai esclusivamente dovuta a cause fisiche e può essere causata da altri problemi, come la perdita di memoria, il disorientamento, le difficoltà di comunicazione o una malattia concomitante, risulta importante, quindi, l'individuazione della causa, il seguire con molta attenzione il malato e modificare certi aspetti della casa, in quanto potranno ridurre il verificarsi di tali incontinenze e/o limitarne le spiacevoli conseguenze.<sup>61</sup>

La fisioterapia ricopre un ruolo fondamentale nel trattamento della demenza, in quanto migliora le funzioni fisiche (mobilità, equilibrio, coordinazione e forza), migliora l'umore, (aiutano a ridurre l'incidenza di depressione, agitazione e aggressività), migliora la salute cardiovascolare, la qualità del sonno, (possono aiutare il ritorno ad una corretta routine del sonno), riduce il rischio di cadute, rallenta il declino cognitivo (gli esercizi rallentano l'atrofia cerebrale principalmente dell'ippocampo che influenza la memoria e l'orientamento spaziale.), ed è per questo che il paziente dovrà essere gestito anche da fisioterapisti ed è indispensabile la presenza di un diario fisioterapico nella cartella che gli permetterà un'annotazione delle attività eseguite.

Nei pazienti affetti da Alzheimer ricordare eventi passati può gradualmente deteriorarsi, creando disturbi comportamentali e del linguaggio, la memoria svanisce lentamente, la comunicazione scritta e verbale assieme a problemi all'udito e alla deglutizione diventano sempre più marcati ed i problemi crescono ogni giorno, per questo l'intervento di un logopedista può limitare la degenerazione del cervello e migliorare la sua capacità di ricordare eventi, persone e fatti del passato; nel miglior caso, i pazienti potranno

---

<sup>61</sup> <http://www.alzheimer.it/incont.html>

recuperare la loro memoria e le capacità di esprimersi con scioltezza, nella peggiore delle ipotesi la riduzione progressiva viene rallentata. Dato che il logopedista dovrà far accesso presso l'abitazione del paziente, nella cartella integrata è presente un diario logopedistico che gli permetterà di potervi riportare le attività che ha svolto ed eventuali miglioramenti o complicazioni riscontrate.<sup>62</sup>

È presente anche un diario per il nutrizionista in quanto il paziente affetto da MA è soggetto ad una riduzione dell'apporto di nutrienti ed è per questo che l'alimentazione quotidiana deve assicurare il giusto apporto di calorie, ovvero dell'energia necessaria a tutti i processi fisici e psichici per evitare complicanze. Questa dovrebbe essere pensata in modo personalizzato, seguendo nella giusta misura, gusti e inclinazioni, tenendo in conto le condizioni mediche generali. Come per il fisioterapista ed il logopedista anche per il nutrizionista il diario servirà per l'annotazione delle attività svolte al momento dell'incontro con il paziente. Infine, la cartella integrata proposta, presenta un diario relativo all'attività per il caregiver, questo perché i professionisti non saranno presenti con il paziente per tutto il giorno quindi, le attività verranno assegnate al caregiver, come detto in precedenza, figura molto importante che si prende cura del familiare con assistenza continua e che si impegna nelle attività quotidiane di aiuto dell'assistito. Qui, ciascun professionista segnerà, nella propria sezione, le attività più appropriate per il paziente e il caregiver dovrà farle seguire con regolarità osservando lo schema giornaliero. Il caregiver dovrà, poi, riferire eventuali problematiche che permetteranno ai professionisti di modificare il piano, ridimensionandolo alle esigenze del paziente.

Si è pensato, poi, di presentare un questionario di gradimento (**Allegato 9**), che verrà fatto compilare periodicamente per capire cosa realmente desiderano i clienti, infatti, lo scopo primario del questionario è quello di verificare il grado di soddisfazione del paziente e i suoi familiari. Questo strumento, infatti, è essenziale al fine di migliorare le prestazioni personalizzandole continuamente sulla base delle preferenze espresse.

Questo questionario, facile e veloce da compilare, permetterà di verificare che le prestazioni, che sono state svolte per soddisfare le necessità del paziente, siano state centrate o meno, per comprendere quali sono i reali punti di forza e di debolezza della propria prestazione, al fine di migliorarsi continuamente e ottenere risultati sempre più

---

<sup>62</sup> <https://www.dynseo.com/it/benefici-dellintervento-di-un-logopedista-nei-casi-di-alzheimer/#:~:text=Una%20persona%20che%20soffre%20di,delle%20parole%20e%20la%20segmentazione.>

significativi. È consigliato far compilare il questionario da soggetti che passano più tempo con il paziente e che, quindi, lo conoscono meglio e potranno dare delle risposte veritiere e non presumibili. Nella prima parte del questionario verranno presi i nominativi del compilatore e del paziente, indicando il grado di parentela e il numero di ore trascorse assieme a lui/lei. Successivamente vengono presentate le domanda a cui si risponderà con delle crocette sull'affermazione più appropriata secondo la propria esperienza.

Dato che l'obbiettivo è quello di migliorare le prestazioni che vengono offerte ai pazienti, è stato dedicato dello spazio, se pur minimo, per le osservazioni e/o suggerimenti che i famigliari potrebbero proporre.

### **3.2.1 Infermiere di famiglia e di comunità**

“L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati” - articolo 11 del Codice Deontologico. Da qui emerge l'importanza della formazione continua in medicina (ECM) che risulta obbligatoria dal 1° gennaio 2002, data in cui è iniziata, per tutti gli operatori sanitari, la fase a regime della formazione continua disciplinata dagli articoli 16-bis, 16-ter e 16 quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che prevede l'obbligatorietà dell'educazione continua in medicina. Questo permetterà al personale sanitario di essere, continuamente aggiornato e quindi di restare di pari passo al rapido e continuo sviluppo della medicina e, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere le tre caratteristiche fondamentali: il sapere, il saper fare e il saper essere.

La FNOPI ha calcolato che per far fronte nell'immediato al bisogno di salute sul territorio, delle persone con patologie croniche e non autosufficienti, servono per l'assistenza continua, almeno 31mila infermieri (uno ogni 500 persone con queste caratteristiche, che in Italia sono oltre 16 milioni). Il 78,6% dei pazienti ritiene la necessità di poter disporre di un infermiere di famiglia/comunità e vorrebbero avere un infermiere di fiducia convenzionato come il medico di famiglia per lavorare in sinergia, in modo tale che entrambi possano assicurare assistenza h24.

Oggetto dell'assistenza dell'Infermiere di famiglia è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base. Già alcune Regioni (Lombardia, Piemonte e Toscana ad esempio) hanno deliberato ufficialmente l'introduzione nel SSR di questa figura, prevedendone non solo ruoli e funzioni, ma anche percorsi formativi; altre (Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Puglia, Valle d'Aosta) hanno attivato sperimentazioni e altre ancora hanno presentato proposte di legge (Lazio, Sicilia) per istituire l'infermiere di famiglia.

Il limite attuale è che tutto ciò avviene soprattutto in periferia, nelle realtà più piccole, e senza un'organizzazione istituzionalizzata che sarebbe necessaria per allargare il metodo anche alle grandi città e alle metropoli e uniformare il modello di assistenza.<sup>63</sup>

### **3.2.2 La formazione dei caregiver**

Molto spesso il caregiver presta la sua assistenza al familiare per necessità, senza essere adeguatamente preparato riguardo alla patologia, di cui è affetto il suo caro, per poterlo gestire nel miglior dei modi. Per questo risulta inevitabile programmare dei corsi di formazione per istruirlo sul come affrontare al meglio la malattia, come relazionarsi con lui ma anche come sostenerlo nelle attività della quotidianità con l'obiettivo di favorire aspetti teorici e pratici, finalizzati al superamento di ostacoli e barriere, attraverso l'utilizzo consapevole di strumenti e l'apprendimento.

Gli argomenti da trattare durante la formazione devono includere:

- la preparazione teorica, dove si dovrà trattare soprattutto il decorso della malattia, i disturbi del comportamento, la consapevolezza della malattia, i disturbi fisici e le questioni medico-legali;
- la formazione operativa dovrà, invece, indirizzarsi verso il supporto al proprio assistito nelle attività quotidiane, le modalità per mantenere l'attività motoria, la corretta assunzione della terapia farmacologica e il riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci (specialmente di quelli attivi sul SNC), la prevenzione e gestione delle sindromi geriatriche, l'eventuale adattamento dell'ambiente domestico alla nuova condizione cognitiva del paziente;

---

<sup>63</sup> <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf>

- addestramento al riconoscimento dei segni relativi al proprio stress assistenziale ed essere formato a trovare un senso di coerenza tra il proprio comportamento e le proprie aspettative;
- l'insegnamento ad impiegare tecniche comunicative adeguate, illustrando l'importanza del tono di voce con il quale rivolgersi al paziente, del contatto fisico affettuoso e del linguaggio non verbale;
- illustrazione al caregiver di come interpretare o sospettare, attraverso il linguaggio non verbale dell'ammalato, la comparsa di disturbi fisici quali in primo luogo il dolore ma anche altri quali le situazioni presincopali.

Deve inoltre essere valutato qualitativamente e quantitativamente il grado di stress del caregiver con l'ausilio di scale validate come la Caregiver Burden Inventory (CBI): effettuata ad intervalli regolari per monitorare l'andamento e programmare interventi precoci con i caregiver.

Il personale dovrà avere una formazione adeguata all'accompagnamento psicologico dei caregiver garantendo il coinvolgimento, dove necessario, di figure specialistiche (psicologo, psichiatra, geriatra), in particolare nella gestione dei cambiamenti e nel supportare la gestione della cronicità e l'elaborazione del significato della malattia del congiunto.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> <https://www.centridiurnialzheimer.it/sites/default/files/Linee%20guida%202013.pdf>



## **CAPITOLO 4**

### **GESTIONE DEL PAZIENTE CON ALZHEIMER IN MAROCCO**

In Marocco la malattia di Alzheimer colpisce circa 150.000 persone e ogni anno vengono identificati 30.000 nuovi casi, queste cifre restano sottostimate, infatti, non esiste ancora un database ufficiale che elenchi i marocchini affetti da questa patologia.

Il tasso di diagnosi risulta essere basso per una patologia complessa per la sua dimensione sociale, familiare, giuridica e finanziaria, questo è dovuto al costo molto elevato delle cure che rappresenta un ostacolo alle famiglie che continuano a prendersi cura dei propri familiari. Il costo mensile è stimato in circa 11.000 Dirham equivalenti a 1.000 Euro, ma la sanità non copre tutti i trattamenti di cui il paziente ha bisogno e risulta difficile per tutti i marocchini accedervi, di conseguenza i pazienti non possono continuare le cure e le loro condizioni peggiorano sempre più rapidamente; la famiglia è, quindi, abbandonata al suo destino, affrontando da sola il malato.<sup>65</sup>

Il re Mohammed VI inaugurò, nel maggio 2017, il Centro Diurno Alzheimer di Rabat, unico in Marocco, gestito dall'associazione Maroc Alzheimer, che offre ai pazienti trattamenti non farmacologici, basati principalmente sulla stimolazione cognitiva e fornendo assistenza diurna a pazienti con malattia da lieve a moderata, nonché un supporto al malato, alla sua famiglia e agli assistenti domiciliari per facilitare il loro ruolo con i pazienti Alzheimer e migliorare le loro attività attraverso la formazione-informazione; mirando a rafforzare anche l'offerta sanitaria nazionale e, in definitiva, aprire la strada alla creazione di centri simili nelle diverse regioni del Regno. Il centro diurno offre alle persone con malattia di Alzheimer, e altre demenze, l'opportunità di socializzare con gli altri residenti e di partecipare a stimolanti attività cognitive, musica, programmi di esercizi, arteterapia, giardinaggio ed esercizio fisico in un ambiente amichevole e sicuro.<sup>66</sup> In collaborazione con “Alzheimer Research Foundation” situata in Francia, è stata organizzata, giovedì 15 aprile 2021, la prima edizione delle “Alzheimer Casablanca Interviews” di fronte all'Alzheimer. Il “Rotary Club Casablanca La Sqala”, che invoca il “dovere della memoria”, il 21 settembre 2021, ospitò un webinar di grande

---

<sup>65</sup> <https://rotaryblogfr.wordpress.com/2020/12/09/alzheimer-memorable-combat-des-rotariens/>

<sup>66</sup> <https://www.medias24.com/2017/10/09/reportage-alzheimer-un-centre-unique-qui-ouvre-la-voie-au-maroc/>

pubblico, in occasione della Giornata mondiale dell'Alzheimer, dove specialisti hanno fatto il punto della situazione in Marocco e hanno studiato le vie di miglioramento; gli assi principali del lavoro sono sensibilizzare la popolazione all'individuazione della malattia e trovare meccanismi di supporto per alleviare le famiglie premurose, combattere l'esclusione, la depressione e l'isolamento sociale. “Crediamo che sia importante avere un format di Intervista Alzheimer in Marocco, come quello che si fa in Francia”, sottolinea Ghita Mouttaqi-Allah, presidente del “Rotary Club Casablanca La Sqala”.

Nell'intervista viene sottolineata, anche, l'assenza di strutture per la cura dei pazienti e l'accoglienza dei loro familiari caregiver e per rimediare a questo, il “Rotary Club Casablanca La Sqala” prevede di aprire due centri di solidarietà nel 2021 che saranno in grado di ospitare fino a 15 famiglie a settimana, dove saranno allestite diverse attività per il benessere dei pazienti, oltre che dei loro cari. Inoltre, verrà fornito un servizio diagnostico per i malati di Alzheimer attraverso consulenze neurologiche e paramediche e verranno distribuiti kit igienici anche ai più bisognosi. I centri forniranno anche supporto ai caregiver familiari che potranno beneficiare della formazione in materia, oltre a gruppi di supporto che verranno costituiti per condividere esperienze.<sup>67</sup>

#### **4.1 Esperienza personale in Marocco**

La sottoscritta ha vissuto in prima persona la gestione del paziente Alzheimer in Marocco, in quanto la nonna paterna ne era affetta e vorrebbe raccontarla, in quanto, ripercorrendo con la memoria gli eventi vissuti assieme a Lei, i suoi comportamenti, la mancanza di comunicazione, ha scaturito una sorta di delusione, la voglia di ritornare indietro nel tempo per poterle permettere una vita migliore. All'età di 70 anni la nonna aveva iniziato a rivelare dei comportamenti insoliti, il primo in assoluto era il pregare nella direzione opposta alla “La Mecca”, punto di riferimento per le preghiere dei musulmani, ed in orari errati. Successivamente iniziò a dimenticarsi il posto in cui aveva lasciato i suoi soldi, oggetti per il ricamo, telecomando, i suoi vestiti, pentole sui fornelli accesi e persino se avesse mangiato o meno; questo ha destato allarme e vennero, perciò, fatti degli esami per verificarne la causa, ed emerse che era affetta dal morbo di Alzheimer, malattia,

---

<sup>67</sup> <https://www.challenge.ma/alzheimer-le-rotary-club-casablanca-la-sqala-concretise-ses-efforts-181818/>

tutt'ora, alla famiglia, sconosciuta. Il medico che le aveva diagnosticato questa patologia si limitò a riferire in parole povere di cosa si trattava e la mancanza di una terapia in grado di curare il malato; ciò non fece altro che peggiorare la confusione dei parenti che si ritrovarono a gestire autonomamente la malattia e persino la loro cara, senza una spiegazione dei cambiamenti che si sarebbero presentati nel lungo andare.

Con il passare del tempo emergevano sempre più problematiche da risolvere e, perciò, una singola persona non riusciva più a provvedere alla sua cura, per questo la nonna fu spesso spostata da figlio a figlio, fino a quando il padre della sottoscritta ritornava presso il paese d'origine, in quanto abitava da sempre con lui ma a causa della malattia non poteva stare nell'abitazione da sola. Dai racconti delle zie si è notato una differenza di atteggiamento quando la nonna alloggiava presso la loro abitazione e quella del padre della sottoscritta, infatti, al rientro nella residenza, in cui ha sempre vissuto, riusciva ad accedere al bagno, sapeva dove fosse la sua camera e la cucina e persino la terrazza dove lei, da sempre, amava pulire il grano.

Il suo stato di salute è iniziato a peggiorare drasticamente per la mancanza di terapia e anche d'informazione circa gli atteggiamenti da attuare, tant'è che nel giro di poco tempo iniziava ad avere problemi nella comunicazione, a parlare di cose avvenute in passato collocandole nel presente, a dimenticare i nomi delle persone a lei strette confondendo il grado di parentela, fino ad arrivare in una fase in cui la comunicazione verbale era cessata, iniziando ad emettere suoni e qualche parola sconnessa e non riusciva a esprimere né ciò che aveva, né ciò che voleva e risultava difficile per la famiglia intuire ciò che desiderava comunicargli, perché ormai solo i gesti iniziarono a prevalere.

Negli ultimi 3/4 anni della sua vita, nonostante non fosse mai stata allettata, non provvedeva più alla cura di sé stessa, di conseguenza divenne molto agitata e aggressiva: non si voleva far toccare per farla cambiare o per farle la doccia, né per accompagnarla al bagno; si rifiutò anche di portare il pannolone e di conseguenza fu un problema gestire i suoi bisogni fisiologici, rischiando così irritazioni e insorgenza di piaghe da decubito. Il disorientamento, che divenne sempre più marcato, le aveva causato una microfrattura al femore perché aveva scambiato la porta d'ingresso di una camera con la finestra, fortunatamente del primo piano, che da quel giorno furono dotate di inferriate di sicurezza, ormai tardi perché se la famiglia avesse avuto delle adeguate indicazioni non sarebbe successo tutto questo.

## CONCLUSIONI

La Malattia di Alzheimer attualmente rappresenta la più frequente forma di demenza, una malattia progressiva, nella quale i sintomi peggiorano gradualmente in un certo numero di anni richiedendo, di conseguenza, una più intensa assistenza per far fronte ai bisogni della persona. L'impatto che la malattia ha sulla famiglia e il carico assistenziale ed emotivo portano ad una condizione di stress elevato; per questo è importante che la famiglia si rivolga al personale sanitario per avere maggiori informazioni sul decorso della malattia, ed è compito dell'infermiere accertare la giusta comprensione. L'assistenza infermieristica a pazienti con MA è piuttosto complessa e viaggia di pari passo con l'esperienza e la formazione di chi presta le cure; perciò, è fondamentale la presenza sul territorio di infermieri, adeguatamente preparati, che permettano di garantire un'assistenza personalizzata presso il domicilio del paziente (opportunamente riadattato alle sue esigenze) usufruendo del servizio ADI. Ciò consente di favorire l'autonomia del paziente, garantendogli la permanenza all'interno del nucleo familiare, durante le cure, con l'obiettivo di migliorare la sua qualità di vita, di limitargli il declino delle funzioni, di favorire l'utilizzo delle abilità residue e, inoltre, di allontanarsi dagli schemi organizzativi ospedalieri che, per un paziente demente, non fa altro che peggiorare le sue condizioni cognitive.

Un'adeguata formazione è necessaria anche al caregiver in quanto i membri della famiglia hanno un ruolo primario nel fornire assistenza ed inoltre gli interventi educativi sembrano essere tra i più importanti interventi non farmacologici, non solo per ridurre l'ansia e il carico del caregiver, ma anche per migliorare l'umore e la qualità della vita del paziente. La presenza di un questionario è essenziale al fine di migliorare le prestazioni personalizzandole continuamente sulla base delle preferenze espresse oltre a comprendere quali sono i reali punti di forza e di debolezza della propria attività, al fine di migliorarsi continuamente e ottenere risultati sempre più significativi.

Inoltre, una cartella adeguatamente pensata per poter gestire le esigenze del paziente è uno strumento iniziale che potrà permettere all'équipe di lavorare sinergicamente per raggiungere l'obiettivo principale: quello di permettere al soggetto demente e la sua famiglia un controllo migliore della loro vita, per evitare, che in tempi molto brevi, si verificano cambiamenti drastici. In alcuni paesi, come il Marocco, l'assistenza domiciliare non è ancora presente; infatti, si parla solo di un centro diurno a Rabat e del

desiderio di aprire la strada alla creazione di centri simili che si dovranno aprire nei prossimi anni nelle diverse regioni, per poter garantire ai pazienti e alle loro famiglie, che dovranno recarsi presso le strutture per ricevere un aiuto da professionisti permettendo di rafforzare l'offerta sanitaria nazionale. Inoltre, si è, anche, sottolineata l'esigenza di avere un format di intervista Alzheimer in Marocco, come quello che si usa in Francia; un confronto che potrà dare delle iniziative per migliorare, sotto certi aspetti, l'assistenza a pazienti e familiari che sono in difficoltà nel garantire una gestione che permetta al caro malato di vivere in condizioni dignitose.

La gestione integrata è un'attività assistenziale che ricopre un ruolo importante nel trattamento della malattia neurologica e risulta, senz'altro, un punto a favore per migliorare gli aspetti psicologici dell'utente e della famiglia in cui lo scambio d'informazione avviene sia da parte delle professionalità, diverse e complementari, che dal paziente stesso con l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale e il coordinamento degli interventi all'interno di una rete collaborativa di servizi e di professionisti in continuo aggiornamento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bianchetti A. e Trabucchi M., *Qualità di vita nella persona affetta da demenza*. Roma, Critical Medicine Publishing s.r.l., 2007.
2. Bianchetti A e Trabucchi M., *La demenza in Italia. Aggiornamento e casi clinici interattivi*. Torino, UTET S.p.a. Divisione Scienze Mediche, 2005.
3. Caltagirone C. e Pettenati C., *La malattia di Alzheimer: le due prospettive del medico di famiglia. Uno strumento per l'aggiornamento*. Roma, Critical Medicine Publishing Editore, 2001.
4. Gambina G. e Pasetti C., *Introduzione alla malattia di Alzheimer e alle altre demenze. Dalla clinica alla bioetica*. Verona, Cortina, 2008.
5. Herdman T., Kamitsuru S., Rozzano, NANDA International, *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazioni 2018-2020*. Casa Editrice Ambrosiana, maggio 2018, undicesima edizione.
6. Moorhead S., Johnson M., Mass L., Swanson E. *Classificazione NOC dei risultati infermieristici, Misurazione dei risultati di salute*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2013.
7. Bulechek G. M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner M.C. *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2013.

## SITOGRAFIA

1. Colangelo M., “*Demenze: definizione e classificazione*” in <https://www.idoctors.it/articolo/demenze--defini/414/19>
2. “*Cervello*” in <https://www.humanitas.it/>
3. Vanacore N., Maggini M., Raschetti R., “*Epidemiologia della demenza di Alzheimer in Italia*” in <https://www.epicentro.iss.it/>
4. <https://www.alzheimer-europe.org/>
5. Huang J., “*La malattia di Alzheimer*” in <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale>
6. Luca Pani L. “*Immunoterapie per l'Alzheimer: stato dell'arte e prospettive*” in <https://www.aifa.gov.it/>
7. “*I farmaci anticolinesterasici per il trattamento sintomatico della demenza di Alzheimer*”, in [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_228\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_228_allegato.pdf)
8. Mariani C, Clerici F., “*Il trattamento farmacologico*” in [http://www.alzheimer.it/trattamento\\_farmac.pdf](http://www.alzheimer.it/trattamento_farmac.pdf)
9. Gianfrancesco F. “*Giudizio clinico dell'infermiere, la diagnosi infermieristica*” in <https://www.nurse24.it/>
10. “*Le cadute negli anziani*” in <https://www.epicentro.iss.it/>
11. Grada A., Phillips J., “*Ulcere da pressione*” in <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale>
12. Ashrafizadeh H., Gheibizadeh M., Rassouli M., Hajibabae F. e Rostami S. Explain the Experience of Family Caregivers Regarding Care of Alzheimer's Patients: A Qualitative Study. 2021 Giu 24. doi: 10.3389/fpsyg.2021.699959, PMID: 34248803, PMCID: PMC8264438
13. Ripich, D., Wykle, M., e Niles, S. (1995). The FOCUSED program: A communication skills training program helps nursing assistants to give better care to patients with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*, 16 (1), 15-19. doi: 10.1016/S0197-4572(05)80073-4
14. “*Tavolo tecnico per migliorare la salute dell'anziano per gli aspetti nutrizionali*” in [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

15. Herke M., Fink A. , Langer G., Wustmann T. , Watzke S., Hanff A.M., Burckhardt M. Environmental and behavioural modifications for improving food and fluid intake in people with dementia.2018 Lug 18. PMID: 30021248, PMCID: PMC6513567
16. “Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza” in [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
17. “Infermiere di famiglia e di comunità” in <https://www.fnopi.it/>
18. Courjon C., “Alzheimer, mémorable combat des Rotariens” in <https://rotaryblogfr.wordpress.com/>
19. Boulahya Z. “Reportage. Alzheimer, un centere unique qui la ouvre la voie au Maroc” <https://www.medias24.com/>
20. Damiani G. “L’assistenza territoriale” in <https://www.osservatoriosullasalute.it/>
21. Masotti G., Biagini C.A., Cester A., Mossello E. “Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheimer” in <https://www.centridiurnialzheimer.it/sites/default/files/Linee%20guida%202013.pdf>



# ALLEGATO 1

## MINI MENTAL STATE EVALUATION (M. M. S. E.)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Test Somministrabile SI  NO

In che anno siamo? (0-1) \_\_\_\_\_

In che stagione siamo? (0-1) \_\_\_\_\_

In che mese siamo? (0-1) \_\_\_\_\_

Mi dica la data di oggi? (0-1) \_\_\_\_\_

Che giorno della settimana è oggi? (0-1) \_\_\_\_\_

Mi dica in che Nazione siamo? (0-1) \_\_\_\_\_

In quale regione italiana siamo? (0-1) \_\_\_\_\_

In quale città ci troviamo? (0-1) \_\_\_\_\_

Mi dica il nome del luogo dove ci troviamo? (0-1) \_\_\_\_\_

A che piano siamo? (0-1) \_\_\_\_\_

Far ripetere: "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio.

Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max 6 volte (0-3) \_\_\_\_\_

Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte \_\_\_\_\_

93  86  79  72  65

(se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola M O N D O) (0-5) \_\_\_\_\_

O  D  N  O  M

Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti (0-3) \_\_\_\_\_

Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti (0-3) \_\_\_\_\_

Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirne il nome (0-2) \_\_\_\_\_

Ripeta questa frase: "TIGRE CONTRO TIGRE" (0-1) \_\_\_\_\_

Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi e lo metta sul tavolo (0-3) \_\_\_\_\_

Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio (chiuda gli occhi) (0-1) \_\_\_\_\_

Scriva una frase (deve contenere soggetto e verbo) (0-1) \_\_\_\_\_

Copi questo disegno (pentagoni intrecciati) (0-1) \_\_\_\_\_



Punteggio Massimo Totale = 30

**PUNTEGGIO TOTALE**

Punteggio Totale corretto per età e scolarità

## ALLEGATO 2

<b>A.D.L.</b> ( Index of Independence in Activities of Daily Living )		
	<b>punteggio</b>	
<b>(AD 1)</b> Fare il bagno	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Non riceve alcuna assistenza</b> (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> <b>2) Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo</b> ( es. la schiena od una gamba )
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>3) Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo</b> ( o rimane non lavato )
<b>(AD 2)</b> Vestirsi	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza</b> <input type="checkbox"/> <b>2) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe</b>
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>3) Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito</b>
<b>(AD 3)</b> Uso dei servizi	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza</b> ( può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino )
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>2) Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda</b> <input type="checkbox"/> <b>3) Non va ai servizi per i bisogni corporali</b>
<b>(AD 4)</b> Spostarsi	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza</b> (può usare supporti come il bastone o il deambulatore )
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>2) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza</b> <input type="checkbox"/> <b>3) Non si alza dal letto</b>
<b>(AD 5)</b> Continenza	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione</b>
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>2) Ha occasionali "incidenti"</b> <input type="checkbox"/> <b>3) Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente</b>
<b>(AD 6)</b> Alimentarsi	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1) Si alimenta da solo senza assistenza</b> <input type="checkbox"/> <b>2) Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane</b>
	<b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>3) Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa</b>

## ALLEGATO 3

<b>I.A.D.L.</b> ( Instrumental Activities of Daily Living Scale )		
	Punteggio	
( I.A. 1 ) <b>A</b> Capacità di usare il telefono	1	<input type="checkbox"/> 3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero <input type="checkbox"/> 2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti <input type="checkbox"/> 1) E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare
	0	<input type="checkbox"/> 0) Non è capace di usare il telefono
( I.A. 2 ) <b>B</b> Movimento per acquisti nei negozi	1	<input type="checkbox"/> 3) Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
	0	<input type="checkbox"/> 2) E' in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> 1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> 0) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
( I.A. 3 ) <b>C</b> Mezzi di trasporto	1	<input type="checkbox"/> 4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto <input type="checkbox"/> 3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici <input type="checkbox"/> 2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno
	0	<input type="checkbox"/> 1) Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri <input type="checkbox"/> 0) Non si sposta per niente
( I.A. 4 ) <b>D</b> Responsabilità nell'uso di farmaci	1	<input type="checkbox"/> 2) E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto
	0	<input type="checkbox"/> 1) E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate <input type="checkbox"/> 0) Non è in grado di assumere medicine da solo
( I.A. 5 ) <b>E</b> Capacità di gestire il danaro	1	<input type="checkbox"/> 2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente ( bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) <input type="checkbox"/> 1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.
	0	<input type="checkbox"/> 0) E' incapace di maneggiare denaro
( I.A. 6 ) <b>F</b> Cucinare	1	<input type="checkbox"/> 1) Si prepara e si serve i pasti da solo
	0	<input type="checkbox"/> 0) Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti
( I.A. 7 ) <b>G</b> Accudire la casa	1	<input type="checkbox"/> 1) Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori
	0	<input type="checkbox"/> 0) Non fa alcun lavoro domestico
( I.A. 8 ) <b>H</b> Bucato	1	<input type="checkbox"/> 1) Lava da solo tutto o solo la biancheria
	0	<input type="checkbox"/> 0) Tutto il bucato è fatto da altri

## ALLEGATO 4

### SCALA CONLEY

#### Valutazione del rischio di caduta del paziente

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare o al caregiver, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.

Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita.

La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.

Al termine sommare i valori.

	SI	NO
<b>Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver)</b>		
1 - E' caduto (negli ultimi 3 mesi)?	2	0
2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
<b>Deterioramento cognitivo (osservazione del personale infermieristico)</b>		
4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Esempio: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, irrequietezza, etc.).	2	0
6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0

Data / Ora prima valutazione	_____	Punteggio	_____
Data / Ora seconda valutazione	_____	Punteggio	_____
Data / Ora terza valutazione	_____	Punteggio	_____

Valori compresi tra 0 e 1 indicano minimo rischio di caduta.  
Valori compresi tra 2 e 10 indicano rischio di caduta, da basso rischio ad alto rischio.

## ALLEGATO 5

### SCALA DI NORTON

Punteggio	1	2	3	4
CONDIZIONI FISICHE	Pessime (totalmente dipendente nelle ADL)	Scadenti (è richiesta assistenza per molte ADL)	Discrete (richiede assistenza in qualche ADL)	Buone (abile nelle ADL)
STATO MENTALE	Comatoso (risposta lenta o assente)	Confuso (poco orientato nel tempo e nello spazio, risposta non precisa)	Apatico (necessita la ripetizione delle domande)	Lucido e orientato (orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida)
ATTIVITA' E DEAMBULAZIONE	Costretto a letto	Costretto su sedia (si muove e si sposta solo su sedia)	Cammina con aiuto (necessita l'aiuto di persone)	Autonomo (eventuale uso di presidi)
MOBILITA'	Immobile (richiede totale assistenza nei movimenti delle estremità)	Molto limitata (richiede assistenza nei movimenti degli arti)	Poco limitata (usa e controlla gli arti con minima assistenza)	Completa (muove e controlla gli arti)
INCONTINENZA	Doppia (totale incontinenza urinaria e fecale)	Abituale (incontinenza urinaria)	Occasionale (incontinenza occasionale, minore di 2 volte/die)	Assente (non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere)

## ALLEGATO 6

### SCALA PAINAD

	Descrizione	Punteggio
<b>Respiro</b> <i>(indipendente dalla vocalizzazione)</i>	Normale	0
	Respiro a tratti alterato Brevi periodi di iperventilazione	1
	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes	2
<b>Vocalizzazione</b>	Nessuna	0
	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	1
	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto	2
<b>Espressione facciale</b>	Sorridente o inespressiva	0
	Triste ansiosa contratta	1
	Smorfie	2
<b>Linguaggio del corpo</b>	Rilassato	0
	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	1
	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a tratti	2
<b>Consolabilità</b>	Non necessita di consolazione	0
	Distratto o rassicurato da voce o tocco	1
	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura	2
Data..... Ora .....	Firma.....	<b>TOTALE</b>

## ALLEGATO 7

### CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

*(Novak M. e Guest C., Gerontologist, 29, 798-803, 1989)*

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= Per nulla    1= Poco    2= Moderatamente    3= Parecchio    4= Molto

		Condizioni/Impressioni	Punteggio
T	1	Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0 1 2 3 4
T	2	Il mio familiare è dipendente da me	0 1 2 3 4
T	3	Devo vigilarlo costantemente	0 1 2 3 4
T	4	Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0 1 2 3 4
T	5	Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0 1 2 3 4
S	6	Sento che mi sto perdendo vita	0 1 2 3 4
S	7	Desidererei poter fuggire da questa situazione	0 1 2 3 4
S	8	La mia vita sociale ne ha risentito	0 1 2 3 4
S	9	Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0 1 2 3 4
S	10	Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0 1 2 3 4
F	11	Non riesco a dormire a sufficienza	0 1 2 3 4
F	12	La mia salute ne ha risentito	0 1 2 3 4
F	13	Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0 1 2 3 4
F	14	Sono fisicamente stanca	0 1 2 3 4
D	15	Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0 1 2 3 4
D	16	I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0 1 2 3 4
D	17	Ho avuto problemi con il coniuge	0 1 2 3 4
D	18	Sul lavoro non rendo come di consueto	0 1 2 3 4
D	19	Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0 1 2 3 4
E	20	Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0 1 2 3 4
E	21	Mi vergogno di lui/lei	0 1 2 3 4
E	22	Provo del risentimento nei suoi confronti	0 1 2 3 4
E	23	Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0 1 2 3 4
E	24	Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0 1 2 3 4

Totale punteggio \_\_\_\_\_

Nome/cognome/ruolo CAREGIVER.....

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUIE EFFETTUATI...	
(luogo).....	il..... Durata.....
DATA	RUOLO / FIRMA OPERATORE
.....	.....

# ALLEGATO 8

## PROPOSTA CARTELLA CLINICA

LOGO Azienda

Informazioni Distretto

Riferimenti telefonici

### CARTELLA CLINICA INTEGRATA

(gestione paziente con demenza/Alzheimer)

Cartella N° \_\_\_\_\_

#### DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

ALLERGIE RIFERITE \_\_\_\_\_

Data primo ingresso \_\_/\_\_/\_\_

#### MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Tel. Ambulatorio \_\_\_\_\_

#### ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

---

---

---

---

---

---

---

---

#### ANAMNESI FARMACOLOGICA

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_/\_\_/\_\_

Firma medico \_\_\_\_\_





### TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

Farmaco	Dose	Frequenza somministrazione

Altre annotazioni:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma medico \_\_\_\_\_

# VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

## MINI MENTAL STATE EVALUATION (M.M.S.E.)

*(Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., J.Psychiatr.Res;12:189-198, 1975)*

### 1. Orientamento temporo-spaziale

Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

### 2. Memoria

L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente.

[0] [1] [2] [3]

L'esaminatore deve ripeterli fino a quando il paziente non li abbia imparati (max 6 ripetizioni).

Tentativi n. \_\_\_\_\_

### 3. Attenzione e calcolo

Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte.

Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

### 4. Richiamo delle tre parole

Richiamare i tre termini precedentemente imparati.

[0] [1] [2] [3]

### 5. Linguaggio

Il paziente deve riconoscere due oggetti.

Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio).

[0] [1] [2]

Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE".

[0] [1]

Esecuzione di un compito su comando.

Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo.

[0] [1] [2] [3]

Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi".

Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato

[0] [1]

Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo.

[0] [1]

Far copiare al paziente il disegno indicato.

[0] [1]

(Il materiale delle ultime due prove va conservato)

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO**

\_\_\_\_\_/30

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO**

\_\_\_\_\_/30

**A.D.L.**  
**(Index of Independence in Activities of Daily Living)**

	punteggio	
(AD1) FARE IL BAGNO	1	<input type="checkbox"/> 1)- NON RICEVE ALCUNA ASSISTENZA ( entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno)
	0	<input type="checkbox"/> 2)- RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE SOLO UNA PARTE DEL CORPO (Es. la schiena o una gamba) <input type="checkbox"/> 3)- RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE PIU' DI UNA PARTE DEL CORPO ( O RIMANE NON LAVATO)
(AD2) VESTIRSI	1	<input type="checkbox"/> 1)- PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2)- PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA, TRANNE CHE PER ALLACCIARE LE SCARPE
	0	<input type="checkbox"/> 3)- RICEVE ASSISTENZA NEL PRENDERE GLI ABITI O NEL VESTIRSI OPPURE RIMANE PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE SVESTITO
(AD3) USO DEI SERVIZI	1	<input type="checkbox"/> 1)- VA AI SERVIZI, SI PULISCE, SI RIVESTE SENZA ASSISTENZA ( può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda vuotandola al mattino )
	0	<input type="checkbox"/> 2)- RICEVE ASSISTENZA NELL'ANDARE AI SERVIZI O NEL PULIRSI O NEL RIVESTIRSI O NELL'USARE LA PADELLA O LA COMODA <input type="checkbox"/> 3)- NON VA AI SERVIZI PER I BISOGNI CORPORALI
(AD4) SPOSTARSI	1	<input type="checkbox"/> 1)- ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA SENZA ASSISTENZA (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> 2)- ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA CON ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 3)- NON SI ALZA DAL LETTO
(AD5) CONTINEN- ZA	1	<input type="checkbox"/> 1)- CONTROLLA COMPLETAMENTE DA SOLO LA MINZIONE O LA DEFECAZIONE
	0	<input type="checkbox"/> 2)- HA OCCASIONALI " INCIDENTI " <input type="checkbox"/> 3)- IL CONTROLLO DELLA MINZIONE O DELLA DEFECAZIONE E' CONDIZIONATA DALLA SORVEGLIANZA; USA IL CATETERE O E' INCONTINENTE
(AD6) ALIMENTAR- SI	1	<input type="checkbox"/> 1)- SI ALIMENTA DA SOLO SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2)- SI ALIMENTA DA SOLO ECCETTO CHE NECESSITA DI ASSISTENZA PER TAGLIARE LA CARNE O PER SPALMARE IL BURRO SUL PANE
	0	<input type="checkbox"/> 3)- RICEVE ASSISTENZA NELL'ALIMENTARSI O VIENE ALIMENTATO PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE PER SONDIRIO O PER VIA ENDOVENOSA

**I.A.D.L.**  
**(Instrumental Activities of Daily Living)**

(A) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO	punti	
	1	3 <input type="checkbox"/> USA IL TELEFONO DI PROPRIA INIZIATIVA, ALZA IL MICROFONO E COMPONE IL NUMERO 2 <input type="checkbox"/> COMPONE SOLO ALCUNI NUMERI BEN CONOSCIUTI 1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI RISPOND. AL TELEFONO, MA NON DI CHIAMARE
	0	0 <input type="checkbox"/> NON E' CAPACE DI USARE IL TELEFONO
(B) MOVIM. PER ACQUISTI NEI NEGOZI	1	3 <input type="checkbox"/> SI PRENDE AUTONOMAMENTE CURA DI TUTTE LE NECESSITA' DI ACQUISTI NEI NEGOZI
	0	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI EFFETT. SOLO PICCOLI ACQUISTI NEI NEGOZI 1 <input type="checkbox"/> NECESSITA DI ESSERE ACCOMPAGNATO PER QUALSIASI GIRO DI ACQUISTI NEI NEGOZI 0 <input type="checkbox"/> E' DEL TUTTO INCAPACE DI FARE ACQUISTI NEI NEGOZI
(C) MEZZI DI TRASPORT.	1	4 <input type="checkbox"/> SI SPOSTA DA SOLO SUI MEZ. PUBBL. O GUIDA LA PROPRIA AUTO 3 <input type="checkbox"/> ORGANIZZA I PROPRI SPOSTAMENTI CON TAXI, MA NON USA I MEZZI PUBBLICI 2 <input type="checkbox"/> USA I MEZZI PUBBLICI SE ACCOMPAGNATO DA QUALCUNO
	0	1 <input type="checkbox"/> PUO' SPOSTARSI SOLTANTO CON TAXI O CON AUTO CON L' ASSISTENZA DI ALTRI 0 <input type="checkbox"/> NON SI SPOSTA PER NIENTE
(D) RESPONSA- BILITA' NELL'USO DI FARMACI	1	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI NELLE GIUSTE DOSI E AL TEMPO GIUSTO
	0	1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI SE PREPARATI IN ANTICIPO IN DOSI SEPARATE 0 <input type="checkbox"/> NON E' IN GRADO DI ASSUMERE LE MEDICINE DA SOLO
(E) CAPACITA' DI GESTIRE IL DENARO	1	2 <input type="checkbox"/> GESTISCE LE OPERAZIONI FINANZIARIE INDIPENDENTEMENTE ( bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate ) 1 <input type="checkbox"/> GESTISCE GLI ACQUISTI QUOTIDIANI, MA NECESSITA DI AIUTO PER LE OPERAZ. BANCARIE, GLI ACQUISTI MAGGIORI ECC.
	0	0 <input type="checkbox"/> E' INCAPACE DI MANEGGIARE IL DENARO
(F) CUCINARE	1	<input type="checkbox"/> SI PREPARA E SI SERVE I PASTI DA SOLO
	0	<input type="checkbox"/> ASSUME CIBO INADEGUATO ANCHE SE PREPARATO DA SOLO O GLI DEVONO ESSERE FORNITI GLI INGREDIENTI
(G) ACCUD. LA CASA	1	<input type="checkbox"/> FA LAVORI LEGGERI DA SOLO ANCHE SE NON MANTIENE LA CASA PULITA O VA AIUTATO MA FA TUTTI I LAVORI
	0	<input type="checkbox"/> NON FA ALCUN LAVORO DOMESTICO
(H) BUCATO	1	<input type="checkbox"/> LAVA DA SOLO TUTTO O SOLO LA BIANCHERIA
	0	<input type="checkbox"/> TUTTO IL BUCATO E' FATTO DA ALTRI

(IA-TOT) PUNTEGGIO TOTALE I.A.D.L. ( range 0 - 8 ) : \_\_\_\_\_

0-2 = dipendenza totale  
3-5 = necessita di assistenza  
6-8 = indipendente

## SCALA CONLEY

Valutazione del rischio di caduta del paziente

La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa. Al termine sommare i valori.

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver)	SI	NO
1 - E' caduto (negli ultimi 3 mesi)?	2	0
2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione del personale infermieristico)		
4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Esempio: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, irrequietezza, etc.).	2	0
6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0

Punteggio\_\_\_\_\_

0 -1= minimo rischio di caduta.

2-10= rischio di caduta (basso rischio ad alto rischio)

## INDICE DI BRADEN

valutazione del rischio di insorgenza di LDD

VARIABILI	4	3	2	1	Punteggio
<b>Percezione sensoriale</b>	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata	
<b>Umidità</b>	Raramente bagnata	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente	
<b>Attività</b>	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato	
<b>Mobilità</b>	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completa immobilità	
<b>Nutrizione</b>	eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Molto povera	
<b>Frizione e scivolamento</b>		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	Problema	
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>					

- Punteggio **6** = alto rischio;
- Punteggio **23** = basso rischio;
- Punteggio **16** = situazione di rischio.

Firma infermiere\_\_\_\_\_

## Scheda di monitoraggio delle Lesioni da Decubito (LDD)

Data osservazione	1° Numer sede lesione o (vedi figura A)	Grado les. princip.	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
_____	Principale*: _____	I° II°	Cm. _____ Deterisa	Lineari Macerati	Integra
Lesione presente all'ingresso: SI NO	Secondarie: _____	III° IV°	Fibrina Essudato	Necrotici Infetti	Arossata
	_____	Escara	Necrosi Infetta	Frastagliati	Macerata

(\*) Criteri di valutazione della lesione principale: valutare inizialmente l'escara (se presente), poi il grado della lesione ed infine l'estensione.

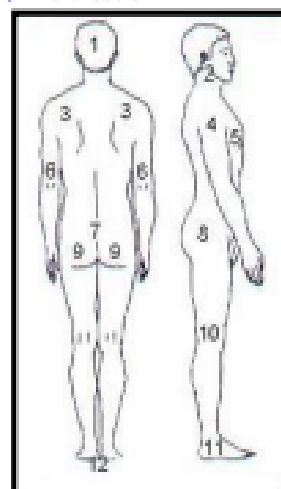
Eventuali note sulle lesioni secondarie: .....

### Sintesi del trattamento:

Stadio	Deterisione	Medicazione	Cadenza	Area circostante
I° e II°	Soluzione fisiologica o ringer lattato	pellicola semipermeabile trasparente (I°) o idrocoldi extra sottili (I-II°) o schiuma di poliuretano, se essudante (II°)	1 volta ogni 3/4 giorni o SO. Da valutare in base agli essudati	Crema ricca di sostanze nutritive per la cute,
Ritene	Idem	Non forare, medicare con idrocoldo, o schiuma di poliuretano	1 volt ogni 3/4 giorni o SO.	Idem
III° e IV°	Idem	Vedi specifiche		Idem

Specifiche, in caso di presenza di INFEZIONE, ESCARA, FIBRINA, SOTTOMINATURA, III° e IV° stadio

Variante lesione	Medicazione	Cadenza
Se escara	idrogel + schiuma di poliuretano, oppure rimozione chirurgica: graduale o totale	Ogni 24/72 ore.
Se emorragica	alginati + garze sterili	ogni 8/24 ore
Se essudativa, non cavitaria, necrotica o fibrinosa.	schiuma di poliuretano idrogel+ schiuma poliuretano	ogni 24/72 ore
Se cavitaria, sottominata, con abbondante essudato	schiuma di poliuretano cavitaria + schiuma di poliuretano, oppure fibra in alginato+ schiuma in poliuretano	da giorni alterni a 3/4 giorni,
Se lesione granulogigante	schiuma di poliuretano oppure placca idrocoldale	1 volta alla 3/4 giorni o SO.
Se lesione infetta, colonizzata, contaminata	deterisione con acqua distillata, posizionare nanocristallo d'argento, chiusura con schiuma di poliuretano.	ogni 24 ore, solo schiuma di poliuretano, ogni 5/6 giorni nanocristallo



Informazioni più particolareggiate consultare Linee Guida

Firma infermiere: .....

Legenda	I° = Eritema cutaneo che non scompare alla digitopressione	II° = Soluzione di confine dell'epidermide o/derma	III° = Ulcera a tutto spessore	IV° = Ulcera a tutto spessore interessamento muscolare fino alle strutture ossee
---------	--	--	--------------------------------	--

Rivalutazioni settimanali – Data: \_\_/\_\_/\_\_

Lesione	Numero sede lesione (vedi figura)	Grado les. princip.	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
Principale	_____	I° II°	Detersa Fibrina	Lineari Macerati	Integra
Secondaria	_____	III° IV°	Essudato Necrosi	Necrotici Infetti	Arrossata
		Escara	Infetta Cm. _____	Frastagliati	Macerata

Note sulla lesione e risultati del trattamento:

.....

.....

.....

Firma infermiere: .....

Rivalutazioni settimanali - Data: \_\_/\_\_/\_\_

Lesione	Numero sede lesione (vedi figura)	Grado les. princip.	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
Principale	_____	I° II°	Detersa Fibrina	Lineari Macerati	Integra
Secondaria	_____	III° IV°	Essudato Necrosi	Necrotici Infetti	Arrossata
		Escara	Infetta Cm. _____	Frastagliati	Macerata

Note sulla lesione e risultati del trattamento:

.....

.....

.....

Firma infermiere: .....

Rivalutazioni settimanali – Data: \_\_/\_\_/\_\_

Lesione	Numero sede lesione (vedi figura)	Grado les. princip.	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
Principale	_____	I° II°	Detersa Fibrina	Lineari Macerati	Integra
Secondaria	_____	III° IV°	Essudato Necrosi	Necrotici Infetti	Arrossata
		Escara	Infetta Cm. _____	Frastagliati	Macerata

Note sulla lesione e risultati del trattamento:

.....

.....

.....

Firma infermiere: .....

# Mini Nutritional Assessment

## MNA

Cognome:		Nome:		
Sesso:	Età:	Peso, kg:	Altezza, cm:	Data:

Risponda alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommi il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato è uguale o inferiore a 11, completi il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

### Screening

**A Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)**  
 0 = grave riduzione dell'assunzione di cibo  
 1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo  
 2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo

**B Perdita di peso recente ( $>3$  mesi)**  
 0 = perdita di peso  $> 3$  kg  
 1 = non sa  
 2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg  
 3 = nessuna perdita di peso

**C Motricità**  
 0 = dal letto alla poltrona  
 1 = autonomo a domicilio  
 2 = esce di casa

**D Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?**  
 0 = sì 2 = no

**E Problemi neuropsicologici**  
 0 = demenza o depressione grave  
 1 = demenza moderata  
 2 = nessun problema psicologico

**F Indice di massa corporea IMC = peso in kg / (altezza in m)<sup>2</sup>**  
 0 = IMC  $< 19$   
 1 =  $19 \leq$  IMC  $< 21$   
 2 =  $21 \leq$  IMC  $< 23$   
 3 = IMC  $\geq 23$

**Valutazione di screening**     
 (totale parziale max. 14 punti)

12-14 punti: stato nutrizionale normale  
 8-11 punti: a rischio di malnutrizione  
 0-7 punti: malnutrito

Per una valutazione più approfondita, continuare con le domande G-R

### Valutazione globale

**G Il paziente vive autonomamente a domicilio?**  
 1 = sì 0 = no

**H Prende più di 3 medicinali al giorno?**  
 0 = sì 1 = no

**I Presenza di decubiti, ulcere cutanee?**  
 0 = sì 1 = no

**J Quanti pasti completi prende al giorno?**  
 0 = 1 pasto  
 1 = 2 pasti  
 2 = 3 pasti

**K Consuma?**

+ Almeno una volta al giorno dei prodotti lattiero-caseari? sì  no

+ Una o due volte la settimana uova o legumi? sì  no

+ Ogni giorno della carne, del pesce o del pollame? sì  no

0.0 = se 0 o 1 sì

0.5 = se 2 sì

1.0 = se 3 sì

**L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura?**  
 0 = no 1 = sì

**M Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, tè, latte...)**  
 0.0 = meno di 3 bicchieri  
 0.5 = da 3 a 5 bicchieri  
 1.0 = più di 5 bicchieri

**N Come si nutre?**  
 0 = necessita di assistenza  
 1 = autonomamente con difficoltà  
 2 = autonomamente senza difficoltà

**O Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali)**  
 0 = malnutrizione grave  
 1 = malnutrizione moderata o non sa  
 2 = nessun problema nutrizionale

**P Il paziente considera il suo stato di salute migliore peggio di altre persone della sua età?**  
 0.0 = meno buono  
 0.5 = non sa  
 1.0 = uguale  
 2.0 = migliore

**Q Circonferenza brachiale (CB, cm)**  
 0.0 = CB  $< 21$   
 0.5 = CB  $\leq 21$  CB  $\leq 22$   
 1.0 = CB  $> 22$

**R Circonferenza del polpaccio (CP in cm)**  
 0 = CP  $< 31$   
 1 = CP  $\geq 31$

**Valutazione globale (max. 16 punti)**

**Screening**

**Valutazione totale (max. 30 punti)**

**Valutazione dello stato nutrizionale**

24-30 da 24 a 30 punti    stato nutrizionale normale  
 17-23.5 da 17 a 23.5 punti   rischio di malnutrizione  
 meno 17 punti  cattivo stato nutrizionale

Ref. Velaz B, Wilks H, Abellan G, et al. Overview of SPP<sup>®</sup> - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2008; 10: 488-493.  
 Rubenstein LZ, Haber JC, Salvo A, Guigo Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Port Mini Nutritional Assessment (MNA-SP). J Geriatr 2001; 56A: 3288-3297.  
 Guigo Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA): Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2008; 10: 488-497.  
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Nestlé.  
 © Société des Produits Nestlé SA 1991, Revision 2008.  
 Per maggiori informazioni: [www.mna.chiba.com](http://www.mna.chiba.com)



## UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)

*(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J: Neurology 1994;44:2308-2314)*

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
Deliri	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione/disforia	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/esaltazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia/indifferenza	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità/labilità	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Attività motoria	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Frequenza    0=mai  
                   1=raramente  
                   2=talvolta  
                   3=frequentemente  
                   4=quasi costantemente

Gravità        1=lievi (non producono disturbo al paziente).  
                   2=moderati (comportano disturbo per il paziente).  
                   3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico    0= Nessuno  
   1= Minimo  
   2= Lieve  
   3= Moderato  
   4= Severo  
   **5= Grave**

Firma medico \_\_\_\_\_

Firma infermiere \_\_\_\_\_



### DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

1.	D.I	Definizione	
		Caratteristiche definenti	
		Obbiettivi	
		Interventi	

2.	D.I	Definizione	
		Caratteristiche definenti	
		Obbiettivi	
		Interventi	

3.	D.I	Definizione	
		Caratteristiche definenti	
		Obbiettivi	
		Interventi	

4.	D.I	Definizione	
		Caratteristiche definenti	
		Obbiettivi	
		Interventi	













## DIARIO ATTIVITÀ PER CAREGIVERS

### ATTIVITÀ DI FISIOTERAPIA

	Attività da svolgere
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	
Domenica	

### Annotazioni

---

---

---

---

---

---

Firma fisioterapista \_\_\_\_\_

**ATTIVITÀ DI LOGOPEDIA**

	Attività da svolgere
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	
Domenica	

**Annotazioni**

---

---

---

---

---

---

Firma logopedista \_\_\_\_\_

### NUTRIZIONE DA SEGUIRE

	Colazione	Merenda 1	Pranzo	Merenda 2	Cena
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					
Domenica					

### Annotazioni

---

---

---

---

---

---

Firma nutrizionista \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 9

### QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Logo area vasta

Informazioni distretto

#### Questionario di gradimento Assistenza Domiciliare

Gentile Signor/Signora, chiediamo pochi minuti del tuo tempo; in quanto desideriamo conoscere l'opinione di voi familiari dei pazienti che vengono assistiti dal personale sanitario presso la propria abitazione.

Grazie alle Sue indicazioni sarà possibile garantire il miglioramento di alcuni aspetti ritenuti critici o degli eventuali disservizi concernenti tutta la presa in carico del vostro familiare.

Ritengiamo preziosi i suoi suggerimenti!

Compilato da: \_\_\_\_\_

Indicare il grado di parentela con il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Familiare:	Badante	Ore trascorse con il paziente al giorno ____
------------	---------	--

- *Indicare con una croce la valutazione appropriata secondo la vostra esperienza.*

1. Come valuta le istruzioni ricevute al momento della presa in carico?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

2. Come valuta le informazioni date dal personale sull'attività svolte a domicilio?

Insufficienti	Sufficienti	Soddisfacenti	Esaurienti
---------------	-------------	---------------	------------

3. Come valuta la professionalità e cortesia del personale di assistenza nel rispondere alle richieste?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

4. Come valuta le modalità di accesso del personale presso la vostra abitazione? (orari, puntualità...)

Insufficienti	Sufficienti	Soddisfacenti	Esaurienti
---------------	-------------	---------------	------------

5. Come valuta lo stato d'animo del Suo familiare al momento dell'accesso del personale?

Aggressivo	Ansioso	Abitudinario	Felice
------------	---------	--------------	--------

6. Come valuta l'assistenza medica?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

7. Come valuta la qualità della relazione con il Medico di famiglia?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

8. Come valuta l'assistenza infermieristica?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

9. Come valuta la qualità di relazione tra il vostro familiare e gli infermieri?

Insufficiente	Discreto	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

10. Come valuta il cambiamento apportato all'abitazione secondo le esigenze del Suo familiare?

Insufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
---------------	----------	-------	--------

11. Il vostro familiare collabora di più nelle attività di cura di sé e nello svolgimento delle attività domestiche? (vestirsi, pettinarsi, mangiare, fare la doccia, ecc..).

Si	No
----	----

Se "SI" indicarle.

---

---

12. Avrebbe preferito far ricevere le cure al suo familiare al di fuori dall'abitazione?

Si	No
----	----

Se "SI" indicare dove.

---

---

13. Come valuta complessivamente l'esperienza di cura?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

Osservazioni e/o suggerimenti

---

---

---

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_/\_\_/\_\_

**Si ringrazia per la collaborazione!**