

Con il patrocinio di:



A.I.M.A. - Biella



Con il contributo di:

**ARJOHUNTLEIGH**

ArjoHuntleigh S.p.A. • Via di Tor Vergata, 432 - 00133 Roma



CIT S.r.l.

Via Francia, 10 - VIGONZA (PD) - Italy



ARREDI PER RESIDENZE ASSISTITE



SCA HYGIENE PRODUCTS S.p.A.

Via S. Quasimodo, 12 - 20025 Legnano (MI)

---

**A.I.M.A. - Territoriale di Biella**

c/o CSV - Via Tripoli, 24 - 13900 BIELLA

Tel. 015401767 - E-mail: [info@aimabiella.it](mailto:info@aimabiella.it)

---

**Opera Pia Antonio Emma Cerino Zegna Onlus**

via Martiri della Libertà, 196 - 13897 Occhieppo Inferiore (BIELLA)

---

**Segreteria Organizzativa**

Ufficio Progettazione e Sviluppo

Opera Pia A. E. Cerino Zegna

Tel. 015-2593853 - Fax 015-2593851

[cerino.zegna@bmm.it](mailto:cerino.zegna@bmm.it)

La stampa di questo materiale è un servizio  
di promozione del Volontariato Biellese.



Convegno

**ALZHEIMER:  
CENTRO DIURNO, E POI?**

9 maggio 2008 - Biella

Sala Becchia  
Palazzo Provinciale - 2° piano  
Via Quintino Sella 12  
13900 Biella

*Ingresso libero e gratuito*



# IL RUOLO DEL CENTRO DIURNO NEL PROGETTO DI CURA DELLA PERSONA ANZIANA

**Dr. Daniele Villani**

Direttore Dipartimento Anziani Fondazione "Istituto Ospedaliero di Sospiro" (CR)  
Fondazione "Istituto Ospedaliero di Sospiro"  
Piazza Libertà 2  
26048 Sospiro (CR)  
te: 0372 6201  
fax: 0372 620299  
jinfo@fondazjpnosoplro.it  
www.fondazlonosoplro.it

La storia della cura delle persone affette da malattia di Alzheimer, anche in questi ultimi due decenni di rinnovato interesse per la malattia, è troppo spesso gravata da importanti limiti: la scarsa conoscenza della malattia, il ritardo nella diagnosi, l'insufficiente counseling della famiglia, la frammentazione della cura, lo scarso collegamento tra i diversi setting di cura, l'incapacità di vedere il malato come protagonista della cura e, per converso, la tendenza a considerarlo oggetto passivo dei nostri interventi, la gestione pressappochista delle ultime fasi di vita.

L'elenco dei limiti e delle carenze potrebbe essere anche più lungo, ma suonerebbe come una ingiusta generalizzazione nei confronti di chi professionalmente si è speso per questi malati e le loro famiglie. E' innegabile tuttavia che anche oggi, a distanza di 102 anni dalla prima descrizione della malattia, dopo un quarto di secolo dalla definizione dei criteri diagnostici della malattia di Alzheimer, dopo 11 anni dalla commercializzazione in Italia del primo inibitore delle colinesterasi e più di venti dalla comparsa di tacrine: anche oggi ci troviamo quasi quotidianamente di fronte a situazioni che non ci soddisfano.

Non ci soddisfano per il ritardo diagnostico, per un'istituzionalizzazione troppo precoce, per l'assenza di una tempestiva ed efficace assistenza domiciliare, per l'abbandono in un ambiente familiare troppo logorato o inadeguato, per dirompenti ricoveri ospedalieri fatti sull'onda dell'emergenza e portatori di danni piuttosto che benefici.

Ciò che manca più di ogni altra cosa, l'elemento di cui più sentiamo la mancanza è il progetto di cura. La malattia di Alzheimer, così come la maggior parte delle altre demenze, si caratterizza per: lunga durata (1), mutevolezza dei bisogni, necessità di risposte sanitarie/assistenziali di volta in volta diverse, forte dipendenza dal contesto sociale e familiare.

Se è chiaro che di fronte a una condizione di questo tipo la diagnosi costituisce il momento primo e fondamentale, è altrettanto chiaro che, dopo la diagnosi, l'assenza di un intervento coordinato, competente, capace di indirizzare il malato e la famiglia verso i giusti farmaci, i giusti servizi, gli opportuni provvedimenti legislativi, l'assenza cioè di un progetto di cura, rischia di trasformare una diagnosi ben fatta in uno sterile esercizio di clinica medica.

Senza un progetto di cura il malato diventa davvero una navicella abbandonata nello spazio siderale dei servizi, delle sigle, degli sportelli, dei bonus, voucher....(Non affronteremo le profonde differenze che esistono tra regione e regione, tra provincia e provincia: il compito sarebbe al di fuori delle nostre competenze; ci limiteremo solo ad osservare che se spesso manca il progetto di cura del singolo malato, certamente manca un progetto di cura di respiro nazionale).

Il decorso della malattia di Alzheimer potrebbe essere schematicamente descritto in tre fasi.

Quella diagnostica, iniziale; quella severa, terminale; quella intermedia, la più lunga, durante la quale la sintomatologia è florida, il disagio della famiglia è forte, le difficoltà di individuare percorsi di cura e luoghi di cura sono particolarmente vive.

Se la prima fase si svolge a casa, nell'ambito familiare, e l'ultima fase si svolge quasi sempre in RSA, la fase intermedia si snoda tra ospedali, ambulatori, centri diurni, assistenza domiciliare, badanti: e questo percorso è sovente tormentato e doloroso, privo di una coerenza e di un reale case management.

Tre sono gli attori principali: la famiglia, il medico di medicina generale, il malato. Intorno ad essi ruota una rete di servizi che -questa è la nostra esperienza- sono raramente coordinati. Tra questi servizi il centro diurno occupa un posto molto significativo.

La letteratura scientifica relativa ai centri diurni (day care) per i malati di Alzheimer (CDA) non è molto abbondante, e talvolta in disaccordo su alcuni temi. E' probabile che due fattori concorrano a questo fatto: il basso numero di persone che frequentano ciascun centro diurno, che rende difficile la produzione di studi su grandi numeri di malati; le diversità di gestione e di metodologie di intervento, che limitano le osservazioni su campioni omogenei di popolazione.

Inoltre gli strumenti di misurazione utilizzati sono spesso inadeguati a cogliere i piccoli ma significativi cambiamenti ecologici dei malati di Alzheimer, e risulta quindi difficile esprimere in termini evidence based i miglioramenti ottenuti.

La revisione della produzione scientifica registrata da Medline negli ultimi tre anni fornisce alcuni spunti di riflessione.

La frequenza di un centro diurno sembra rallentare il declino cognitivo che inevitabilmente si verifica nel caso di una successiva istituzionalizzazione (3), mentre un recente studio prospettico conclude che la frequenza di un day-care service aumenta il rischio di istituzionalizzazione (4).

In un centro diurno gli interventi di socializzazione sono determinanti nel ritardare il momento del ricovero definitivo (5), così come certi tipi di attività fisica di gruppo sembrano migliorare la funzionalità dei pazienti (6) e ridurre alcuni disturbi comportamentali (7).

Quanto ai caregivers, un interessante studio esplorativo svedese suggerisce che il centro diurno è probabilmente una forma di sostegno più efficace per familiari che assistono persone in fase lieve di malattia, e che non sono ancora troppo provati dal peso dell'assistenza (8).

Infine, poiché la flessibilità del servizio sembra essere una delle caratteristiche più importanti per fornire sollievo ai caregivers (9), il CDA si propone come uno dei luoghi migliori per alleggerire i familiari dalla fatica dell'assistenza.

Alcuni aspetti dell'attività svolta in un centro diurno sono dunque riconosciuti come utili e positivi, vuoi per la famiglia, vuoi per i caregiver. Il sollievo che ne deriva al caregiver, il vantaggio prodotto dalle attività socializzanti e dalle attività fisiche; più incerto è l'effetto ritardante l'istituzionalizzazione, mentre sembra positivo, anche alla luce della nostra personale esperienza, l'effetto sulla rapidità di progressione della malattia, soprattutto se si confrontano i pazienti che frequentano un centro diurno con quelli che vengono ricoverati in un nucleo Alzheimer.

Ma torniamo al ruolo che il centro diurno Alzheimer (CDA) riveste nel progetto di cura. Il CDA, a differenza di altri servizi e strutture che si occupano di malati di Alzheimer, presenta alcune peculiarità .

1. E' un ambito privilegiato di osservazione del malato. Durante le ore di permanenza al CDA il personale specializzato osserva i comportamenti del malato, rileva il suo livello di autonomia, verifica in un setting di tipo domestico le competenze del malato nelle attività di base e in quelle strumentali.

2. E' un ambito privilegiato di intervento. Dopo un'osservazione attenta e competente, il personale può mettere in atto le strategie comportamentali più adeguate per contrastare o anticipare eventuali disturbi del comportamento; attua inoltre gli interventi educativi e riabilitativi possibili per mantenere le competenze e l'autonomia, anche in questo caso operando in un setting molto vicino a quello familiare e lontano da situazioni "da laboratorio" che risulterebbero stranianti per questi malati.

3. Consente di costruire un rapporto con la famiglia di tipo non autoritario e paternalistico. A differenza delle relazioni che si sviluppano in ambiti residenziali, il CDA stringe con la famiglia un rapporto più paritario, in equilibrio tra il professionale e l'amicale. I momenti della presa in carico del paziente al mattino, il momento della restituzione a casa nel pomeriggio, lo scambio di consegne e informazioni famiglia/operatori che avviene in questi due momenti e anche attraverso l'utilizzo di quaderni di dialogo: tutto ciò porta alla costruzione di un rapporto con la famiglia che, se ben gestito, produce risultati positivi sul malato e sulla famiglia.
4. Favorisce l'avvicinamento del MMG. In molti casi il MMG è solo superficialmente coinvolto nel progetto di cura del malato. Il CDA offre la possibilità di comunicare con il MMG, che rimane il gestore del paziente, per diversi motivi: per condividere una terapia farmacologia o un sospetto diagnostico, per segnalare un effetto collaterale, ecc.
5. È un luogo di informazione e educazione del familiare. Il rapporto che si stabilisce tra operatori e famiglia, regolare, frequente, permette il passaggio continuo e a volte quasi inapparente di consigli gestionali e suggerimenti comportamentali. Questo tipo di formazione è spesso bidirezionale, in quanto il familiare può a sua volta dare preziose indicazioni agli operatori del CDA.
6. È un luogo di verifica dei trattamenti. L'efficacia di trattamenti farmacologici e non farmacologici, o gli eventuali effetti negativi degli uni e degli altri, sono oggetto di facile valutazione nelle molte ore che il paziente trascorre al CDA in un contesto ambientale, vogliamo ancora sottolineare, simile a quello domestico: si riproduce nel CDA qualcosa di molto simile al real world, e differente dal clima asettico dei clinical trials.
7. Fornisce sollievo ai caregivers. Il CDA, per le sue caratteristiche di flessibilità e per l'assistenza qualificata che viene data al paziente, può sollevare il familiare che cura dalla fatica del suo compito.
8. Infine, il CDA è un setting ideale per definire il progetto di cura. La lunga osservazione del malato, la forte interazione con la famiglia, il dialogo con il MMG sono tutti elementi ideali per delineare, senza la pressione dell'emergenza, un progetto di cura per gli anni a venire. Ipotizzare quindi le possibili soluzioni future e i possibili interventi: dall'istituzionalizzazione, al rientro al domicilio con opportuna assistenza, al ricorso periodico al centro diurno, fino a suggerimenti su come modificare l'ambiente domestico e alla pianificazione anticipata delle cure. Nel CDA la persona affetta da demenza sembra rimanere, a differenza di altri luoghi di cura, protagonista della propria vita e della propria malattia. La dignità di persona è conservata e la vita prosegue, pur nella malattia, su percorsi molto vicini a quelli di una vita normale.

- (1) Jing Xie et al. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ* 2008; 336: 258-262
- (2) Ferri CP et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-17.
- (3) Wilson RS et al. Nursing home placement, day care use, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6):910-5.
- (4) McCann JJ et al. The effect of adult day care services on time to nursing home placement in older adults with Alzheimer's disease. *Gerontologist* 2005; 45(6):754-63.
- (5) Cohen-Mansfield J, Wirtz PW. Characteristics of adult day care participants who enter a nursing home. *Psychol Aging* 2007; 22(2):354-60.
- (6) Netz Y, Axelrad S, Argov E. Group physical activity for demented older adults feasibility and effectiveness. *Int Rehabil* 2007; 21 (11 ):977-86.
- (7) Woodhead EL, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia: the effects of physical activity at adult day service centers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2005; 20(3): 171-9.
- (8) Mavall L, Thorslund M. Does day care also provide care for the caregiver? *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 45(2): 137-50.
- (9) Shanley C. Developing more flexible approaches to respite for people living with dementia and their carers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2006; 21 (4):234-41

## **Lo stato dell'arte dei Centri Diurni Alzheimer in Olanda**

### **Dr. Daniele Toffoletto**

Psicogerontologo Woozorgcentra't Gooregt, Haren, Olanda  
Woozorgcentra t' Gooregt Postbus 51  
9750 AB HAREN - MOLLANO tel: +00-31-50-5345678  
g.d.toffoletto@inter.nl.net

#### **Introduzione**

Ogni Paese europeo è confrontato con l'invecchiamento della sua popolazione e ciascun Paese europeo sta cercando una risposta ai problemi che l'invecchiamento della popolazione comporta all'assistenza sanitaria.

Ogni Paese ha una propria storia e una specifica condizione. In Italia, per esempio, ci sono, in proporzione al numero di abitanti, il doppio di medici rispetto all'Inghilterra. La dieta mediterranea ha un'influenza più positiva sulle condizioni di salute, rispetto alla dieta dei Paesi nordici. I numerosi parchi, in cui sono immerse le Case di Riposo in Italia, hanno favorito la nascita dei Giardini Alzheimer e quindi spazi esterni ricchi di luce, in Olanda si sono applicate ai soffitti lampade speciali per favorire il giusto ritmo circadiano.

Conoscere e capire l'organizzazione di un altro Paese è di aiuto per trovare una risposta comune e avanzata ai problemi che l'invecchiamento pone all'assistenza sanitaria in Europa.

#### **Qual è la situazione in Olanda per quanto riguarda l'assistenza sanitaria agli anziani?**

Attualmente abitano in Olanda 2,28 milioni di persone sopra i 65 anni, il 14 per cento della popolazione. Nonostante un costante aumento dell'assistenza, negli ultimi anni c'è stata una consistente diminuzione dell'istituzionalizzazione degli anziani. Mentre nel 1990 il 7 per cento delle persone sopra i 65 anni abitava in Casa di Riposo (verzorgingshuizen), nel 2002 la percentuale è scesa al 4,5 per cento.

La percentuale delle persone che abita nelle RSA (verpleeghuizen) è invece rimasta invariata: 1,2 per cento delle persone sopra i 65 anni e il 5 per cento delle persone sopra gli 85 anni. La stragrande maggioranza degli anziani quindi vive in casa.

La richiesta di assistenza a domicilio è aumentata e si prevede aumenti consistentemente nei prossimi anni. Secondo previsioni del 'Sociaal en Cultureel Planbureau' (SCP), Istituto di ricerca governativo, la richiesta aumenterà del 50 per cento.

#### **L'evoluzione dell'assistenza sanitaria agli anziani in Olanda**

Con una legge del 1968, l'AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), l'Olanda si è dotata per la prima volta di una legislazione a favore degli anziani. E' una delle leggi tipiche dello Stato Sociale dei Paesi nordici.

A quei tempi la legge era stata pensata per tutte le persone che avevano bisogno di una lunga assistenza sanitaria. Vale a dire per persone handicappate o per persone che necessitavano di una lunga degenza in seguito ad infortuni o a malattie croniche. Più tardi si sono aggiunti l'assistenza a domicilio e a persone con problemi psichici.

I soldi per l'AWBZ vengono da una trattenuta sul reddito, che di anno in anno è fissata dal Governo. Si è passati dal 2-3 per cento degli anni '60 al 12-13 per cento di questi anni.

Proprio in questi giorni si sta discutendo di una radicale revisione della legge perché i costi stanno diventando eccessivi.

Grazie a questa legge è stato possibile offrire l'assistenza a tutti gli anziani a seconda del loro bisogno e senza gravare sui loro familiari. Negli anni '60 e '70 sono sorti come funghi grandi complessi residenziali per anziani, affiancati spesso da reparti per gli anziani malati o dementi. Questi reparti (verpleeghuizen) erano un prolungamento degli ospedali ed avevano una gestione

come gli ospedali. Direttore era spesso un medico con a disposizione un paio di infermiere e alcuni operatori.

Centrale era la cura della malattia; la gestione era gerarchica; gli ambienti erano tipici delle istituzioni: lunghi corridoi, stanze da quattro a sei persone e mancanza di privacy. Tutto era massificato: tutti uguali, tutti con lo stesso orario, tutti a fare le stesse cose.

I primi geriatri, che allora cominciavano a formarsi, avvertivano la necessità di separare gli anziani con problemi fisici dagli anziani con demenza e hanno creato i primi reparti di psicogeriatrica. Essendo centrale la malattia e non la persona i reparti di psicogeriatrica erano divisi secondo il livello di demenza e dell'intensità dell'assistenza. Per operare questa differenziazione erano necessarie conoscenze specialistiche e cominciano ad entrare i primi psicologi in questi reparti. Pian piano la cura si viene sempre più professionalizzando e anche altre professioni entrano nei reparti di lunga degenza: fisioterapisti, ergoterapisti, logopedisti, dietisti, animatori, etc. Il paziente anziano, anche il paziente con demenza, non era più solo un caso disperato, ma un paziente che aveva ancora delle possibilità di recupero e, facendo appello alle sue capacità ancora intatte, era possibile creare per lui una condizione di vita migliore.

Si incomincia ad utilizzare la ROT, si inventano giochi adatti agli anziani con demenza e si costruiscono qua e là stanze per la Reminiscenza o per la Stimolazione sensoriale (snoezelen). Ogni RSA che si rispetti ha una palestra per la fisioterapia.

Rimane sempre centrale la malattia, anche se si incomincia a prestare attenzione alle capacità ancora intatte e alle possibilità di riabilitazione del malato. Si va verso un modello di cure protesico per la vita delle persone affette da demenza e a interventi multidisciplinari.

Il grande cambiamento avviene negli anni '90. La società è cambiata. La persona vale in quanto individuo, in quanto essere umano unico e speciale che vuole essere in qualsiasi momento protagonista della propria vita, che ha una sua storia e un proprio contesto sociale. Il paziente diventa cliente.

Anche nella sanità l'attenzione si sposta dal malato alla persona. Non solo in Olanda, ma anche in Europa sempre più l'approccio alla salute è centrato sul servizio alla persona, che comprende e valorizza anche gli aspetti soggettivi, "psicologici" della salute, che tiene conto del contesto sociale. Se vogliamo il modo di operare che aveva sempre caratterizzato i vecchi e bravi medici di famiglia. Oggi li chiamiamo interventi psico-sociali, qualcuno parla di approccio olistico.

Anche nel campo dell'assistenza alle persone con demenza in Europa e in America si sono sviluppate nuove metodologie di intervento che la ricercatrice olandese Evelyn Finnema chiama 'Emotion-Oriented Care<sup>1</sup> (Care, cioè assistenza e non Cure, cioè cura/terapia).

### **Emotion-Oriented Care**

E' un modo diverso di vedere i problemi del comportamento della persona con demenza. Secondo i modelli psico-sociali, i problemi del comportamento sono sia il frutto del deterioramento cognitivo, ma anche il risultato di fattori ambientali esterni e di reazione (emotiva) alla propria malattia. Per fornire un'adeguata assistenza è allora necessario conoscere il vissuto della persona con demenza, sapersi relazionare (emotivamente) con lei e creare le condizioni per un riequilibrio individuale che la malattia ha rotto.

Diversi studi e ricerche sono state pubblicate in questi ultimi 10-15 anni in Europa sulla psicologia delle persone con demenza. Basti pensare al lavoro di Kitwood e del gruppo di Bradford, oppure alla Rose Marie Drès con l'Adaptation-coping model. Affascinante e chiara è la descrizione di Rien Verdult sulla destrutturazione deH'io nel demente attraverso le tre fasi: l'io minacciato, l'io smarrito, e l'io sommerso e la sua proposta dell'assistenza rivolta al vissuto (belevingsgerichte zorg).

Riferendosi al vissuto del malato con demenza e alle emozioni che prova chi lo cura e assiste, Gora van der Kooij ha sviluppato una metodologia di intervento e assistenza dei malati con demenza ricoverati, per facilitarla ha suddiviso la terza fase in l'io recondito e l'io sommerso. La metodologia che viene sempre più applicata nelle RSA olandesi.

Non è sufficiente modificare l'ambiente in modo che funzioni come protesi alle menomazioni dei soggetti con demenza, è importante prestare attenzione anche al contesto sociale e alla relazione tra pazienti e operatori che vanno gestiti da personale adeguatamente preparato. Il personale deve essere in grado di comunicare verbalmente e non, di osservare se stesso e l'altro, in modo da comprendere le reazioni del malato e di intervenire correttamente. Le teorie psicosociali sono uno strumento importante per realizzare la nuova e moderna forma di assistenza ai malati con demenza: PEmotion-Oriented Care.

Grazie alla nuova ottica di attenzione alla persona anche gli ambienti sono cambiati. Si formano nuclei di 6-7 persone che vivono in un ambiente domestico, i ritmi della giornata sono adattati alle specifiche esigenze del singolo, le diverse terapie (ROT, Reminiscenza, Snoezelen...) che erano fatte in spazi particolari sono integrate nelle attività quotidiane.

Ricerche hanno dimostrato che i modelli psicosociali, rispetto ai modelli tradizionali, diminuiscono l'intensità e la frequenza dei disturbi del comportamento, nonché l'utilizzo di mezzi di contenzione fisica e/o farmacologia. Si è registrato anche un effetto positivo sul personale: è migliorata l'interazione tra gli addetti all'assistenza e gli assistiti, è cresciuta la soddisfazione per il proprio lavoro ed è diminuito il burnout.

### **Nuove forme di assistenza**

I nuovi concetti psico-sociali hanno fatto nascere anche nuove forme di assistenza, che tendono a rinforzare il 'sistema' attorno alla persona con demenza, come i Caffè Alzheimer, i Centri di Incontro o i DOC-teams.

I Caffè Alzheimer, ideati dallo psicogerontologo Bére Miesen, sono momenti di incontro per persone con demenza, care-givers e interessati. Si tengono con regolarità e secondo uno schema preciso. In forma discorsiva si affrontano i vari aspetti legati alla demenza.

I Centri di Incontro, partiti ad Amsterdam su iniziativa di Rose-Marie Drøes, sono una specie di Centro Diurno, però rivolto anche al partner della persona con demenza. Hanno per lo più luogo in normali centri di quartiere o in luoghi di incontro pubblici, proprio per sottolineare la normalità dell'intervento e liberarlo dalla patina di assistenza sanitaria.

I DOC-teams (Dementie Onderzoek en Casemanagementteams) sono dei team multidisciplinari che hanno la funzione di potenziare il sistema attorno alla persona con demenza che abita a casa. Figura centrale nel team è il case-manager che per la persona con demenza tiene i collegamenti con le istituzioni e i professionisti del team (assistenti sociali, infermieri psichiatrici, geriatri sociali, psicologi della salute, consulenti familiari, geronto-psichiatri e funzionari della prevenzione). Attraverso il case-manager viene regolata l'assistenza necessaria per tutto il 'sistema' attorno alla persona con demenza.

### **Il futuro in Olanda**

Attualmente si sta rivedendo la legge AWBZ che regola la sovvenzione alle Case di Riposo. I costi sono diventati troppo elevati. Si è operata una distinzione tra assistenza sanitaria e abitazione. L'assistenza sanitaria è gratuita, ma l'abitazione va pagata secondo il reddito.

Una nuova legge (WMO, Wet Maatschappelijke Ondersteuning), entrata in vigore il primo gennaio 2007, affida ai Comuni maggiori responsabilità per un'assistenza a domicilio e integrata agli anziani. Si incominciano a progettare quartieri per tutto l'arco di vita, condomini con piani utilizzati come Case di Riposo/Centri Alzheimer e a adattare abitazioni private per anziani o disabili, con la sovvenzione del Comune.

E' in atto un dibattito per stimolare un intreccio tra iniziativa pubblica e privata per dare una risposta alle nuove esigenze degli anziani: rimanere il più possibile nella propria abitazione e avere un'assistenza di qualità.

Si cominciano a costruire centri polivalenti (zorgcentra), dove sono raccolte in un punto tutte le forme di assistenza di cui un anziano ha bisogno. Per esempio a Rotterdam, la fondazione Humanitas, dall'inizio degli anni 90 ad oggi ha fatto demolire cinque Case di Riposo e le ha sostituite con appartamenti attrezzati per tutto il corso della vita con in mezzo una piazza coperta.

Gli appartamenti hanno una superficie che va dai 72 metri quadrati, per quelli in affitto sociale, ai 250 metri quadrati per quelli privati. Tutti accessibili per le sedie a rotelle e le lettighe, con porte ampie, con il piano cucina adattabile in altezza e con ampi bagni. Si cerca di favorire la diversificazione degli abitanti, in modo che vi abitino giovani e anziani, ricchi e poveri, malati e sani, olandesi e stranieri. Se uno si ammala non occorre che traslochi: nell'appartamento può venir offerta tutta l'assistenza che normalmente si riceve in una RSA. Per le persone con demenza è stata creata una speciale unità. La piazza è il cuore del complesso. Qui si trova il bar, ristorante, caffè internet, supermercato, sala con biliardo, parrucchiera, salone di bellezza e un asilo nido, sono a disposizione anche i locali per il fisioterapista, l'ergoterapista, il dentista, il geriatra, il medico di base, oltre che la farmacia e le sale per riunioni. Attraverso la piazza l'edificio svolge anche una funzione importante per il quartiere e diventa punto di incontro per diverse categorie di persone. Non sono progetti facili da realizzare perché si scontrano con una selva di normative difficili da districare e richiedono l'entusiasmo e la costanza di qualche pioniere. Ma sulla scia di queste esperienze si sta modificando la legislazione perché sempre più organizzazioni si avviano verso queste forme di abitazione e assistenza. Interessante è quanto sta avvenendo nelle province del nord dell'Olanda, province agricole, con alta disoccupazione e alto tasso di invecchiamento. A Trynwàlden, una piccola regione della Frisia comprendente 8 paesi e con 8.500 abitanti, la Casa di Riposo è stata demolita e sostituita da un centro polivalente rivolto a tutta la popolazione. Il direttore della Casa di Riposo, Foke de Jong, invece di rinnovare la casa ha cercato alleanze con il Comune, una Cooperativa Edilizia, le organizzazioni sociali e sanitarie e gli anziani stessi e ha lanciato il nuovo progetto. Rompendo gli steccati che tradizionalmente tengono separate le organizzazioni ha potuto così garantire agli anziani condizioni di vita indipendente. Il progetto prevede:

- la ristrutturazione o l'adeguamento della propria abitazione o il trasferimento in appartamenti nuovi, costruiti in centro;
- la costruzione di un centro di assistenza dove sono concentrati non solo i servizi sanitari (ambulatorio medico, farmacia, centro diurno per anziani, asilo nido), ma anche i servizi socio-culturali e perfino un ristorante;
- il mantenimento dell'autonomia dell'anziano grazie a consulenti individuali che aiutano gli anziani nel regolare le pratiche burocratiche e che controllano l'attuazione dei servizi;
- la garanzia della sicurezza che deriva non solo dall'utilizzo della demotica, ma anche dal servizio permanente di trasporti e dalla certezza del servizio al momento del bisogno.

I risultati sono una sensibile riduzione dei ricoveri (80 per cento in meno nelle RSA e 55 per cento in meno nelle Case di Riposo), l'abbassamento dei costi sia dell'assistenza sanitaria, come dell'assistenza sociale di circa il 4 per cento, l'aumento dei volontari e una maggiore integrazione sociale nel paese, cioè un potenziamento della Civil Society.

A Groningen, città universitaria con un importante ospedale accademico, dalla collaborazione tra pubblico e privato è arrivato un forte impulso al potenziamento dell'economia del settore sanitario. Dove per economia sanitaria non si intende solo ospedali o Case di Riposo, ma anche tecnologia medica, ricerca, (in)formazione, alimentazione, assicurazioni, turismo per anziani, combinazioni innovative di abitazione, assistenza e benessere, telematica, eccetera. L'Associazione degli Imprenditori aveva nel 2002 commissionato una ricerca per analizzare le potenzialità economiche della sanità e dell'invecchiamento e per avere delle idee su come il nord dell'Olanda potesse sviluppare dei punti di eccellenza in questi settori. La ricerca ha evidenziato che attualmente circa il 20 per cento dell'occupazione si trova in questo settore e che nei prossimi anni la sanità diventerà il principale settore occupazionale della zona. Per cui puntando sui punti di forza già esistenti: Università e Ospedale Accademico con l'indotto di ricerca biomedica, polo telematico (ICT), ampi spazi naturali e boschi, si è lanciato il concetto di 'Care Valley Noord'.

L'Ospedale Accademico diventerà il centro della ricerca di base sull'invecchiamento, con l'ambizione di portare entro alcuni anni i migliori ricercatori mondiali sull'invecchiamento biologico a Groningen. Già da ora il progetto sta portando i suoi frutti. In questi giorni è stato ufficialmente aperto il quarto polo di ricerca Alzheimer in Olanda, polo che ha portato a

Groningen i migliori ricercatori olandesi sulla percezione del dolore nelle persone con demenza e sull'influenza del movimento nella demenza. Tutto con grande beneficio per le Case di Riposo della zona che oltre ad essere base di ricerca per l'Università, possono usufruire delle conoscenze che i ricercatori portano al loro interno attraverso workshop per operatori, medici, psicologi e altre discipline.

Dopo aver sondato il mercato delle vacanze per handicappati e anziani malati si stanno studiando progetti per rendere accessibili hotel o appartamenti a persone con handicap, che vogliono passare le proprie vacanze o un periodo di ristabilimento in un ambiente aperto a tutti senza creare dei ghetti.

E' già partito un progetto in un paese di campagna ad alta concentrazione di anziani per sperimentare un avanzatissimo piano di tele-medicina e di tele-assistenza che applica tecnologie provenienti dal centro di ricerca spaziale dell'Università.

L'aver stimolato l'innovazione e introdotto una visione imprenditoriale nella sanità ha portato più persone e organizzazioni a lavorare assieme e a far nascere iniziative nuove, a migliorare i servizi e a creare nuovi posti di lavoro. Quello che era un punto debole, è diventato un punto di forza, anzi il propulsore dell'economia del nord dell'Olanda.

### **Conclusione**

Per migliorare ulteriormente l'assistenza agli anziani è importante che a livello europeo i diversi Paesi imparino l'uno dall'altro gli aspetti innovativi dell'assistenza.

Una speciale commissione parlamentare olandese (Themacommissie Ouderenbeleid) che ha inventariato, tra il 2003 e il 2005, le esigenze delle nuove generazioni di anziani olandesi è stata unanime nel concludere che: una buona organizzazione per gli anziani è una buona organizzazione per tutte le età.

Per esempio una sanità che è efficiente per gli anziani, è una sanità efficiente per tutti.

Groningen, aprile 2008.

### **Riferimenti bibliografici**

Dròes RM: "Problematica psicosociale dei pazienti Alzheimer".

<http://www.psychomedia.it/pm/lifecycle/elderly/droes.htm>

Finnema EJ, Dròes RM, Ribbe MW & Tilburg W van "A review of psychosocial models in psychogeriatrics: implications for care and research".

<http://www.psychomedia.it/pm/lifecycle/elderly/finro.htm>

Morton I.: "La persona con demenza. Approcci psicologici centrati sulla persona". Erikson, Mori (TN), 2004.

Toffoletto D.: "Approcci psicosociali nella cura della persona con Alzheimer: una esperienza europea". In Psicoterapia e Istituzioni, Anno Vili, n. 1/2001, A.S.P.P.I., Bari.

Weert van J. C.M. : Multi-Sensory Stimulation in 24-hour Dementia Care. Effects of snoezelen on residents and caregivers. NIVEL 2004.

<http://www.nivel.nl/pdf/Multi-Sensory-Stimulation-in-24-hour-dementia-care.pdf>

### **Siti di riferimento**

Sociaal en Cultureel Planbureau:

<http://www.scp.nl/english/>

Ministry of Health, Welfare and Sport:

<http://www.minvws.nl/en/themes/ageing/default.asp>

<http://www.minvws.nl/en/themes/long-time-care/default.asp>

[http://www.minvws.nl/en/themes/senior\\_citizens/default.asp](http://www.minvws.nl/en/themes/senior_citizens/default.asp)

Bradford Dementia Group:

<http://www.brad.ac.uk/acad/health/dementia/>

Trynwalden:

<http://www.skewiel-trynwalden.nl/>

<http://www.skewiel-trynwalden.nl/Downloads/Sheets%20engels.pdf>

Care Valley Noord:

<http://www.lifelines.net/>

<http://www.umcg.nl/azg/nl/research/125390/>

## LO STATO DELL'ARTE DELLA SPERIMENTAZIONE DEI CENTRI DIURNI DEDICATI ALLE PERSONE CON DEMENZA IN EMILIA-ROMAGNA

**Dr.ssa Antonella Carafelli**

Servizio Governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza Area  
Anziani e Disabili

Regione Emilia-Romagna

Direzione Sanitaria e Politiche Sociali

Servizio governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza

Te: 051-6397326

Fax: 051-6397080

### **Il contesto: il Progetto regionale demenze**

Con l'approvazione del progetto regionale demenze (DGR 2581/99), la Regione Emilia-Romagna ha dato avvio all'implementazione di un sistema socio-sanitario integrato, per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone con demenza e loro familiari.

Tra gli obiettivi del progetto regionale demenze, quello di "Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi nella presa in carico e cura di soggetti dementi" attraverso la qualificazione della rete ordinaria dei servizi (predisposizione di programmi di miglioramento) e la sperimentazione di strutture dedicate (nuclei e centri diurni), al fine di raggiungere una sufficiente capacità di far fronte agli specifici bisogni di questa fascia di popolazione.

### **Le politiche della Regione Emilia Romagna: privilegiare la qualificazione diffusa della rete ordinaria**

Al fine di raggiungere l'obiettivo di adeguamento e specializzazione della rete dei servizi, a partire dal 2001 la Regione ha diffuso il documento "Proposta di un percorso di qualificazione dei servizi della rete per anziani", con specifiche indicazioni per l'adozione di programmi di miglioramento dell'assistenza alle persone con demenza, e per l'attivazione, in via sperimentale, di servizi dedicati per rispondere ai bisogni assistenziali di una determinata e specifica fascia di utenza con demenza e per un tempo limitato. I nuclei ed i centri diurni demenze si riferiscono dunque a servizi con carattere temporaneo, a cui accedono pazienti dementi con specifiche caratteristiche: disturbo del comportamento e demenza moderata-grave, mentre al di fuori di queste condizioni le risposte devono essere garantite attraverso la qualificazione diffusa dei servizi.

### **Percorso di verifica, qualificazione diffusa e servizi dedicati**

A fine 2006 si è intrapreso un approfondimento delle esperienze realizzate attraverso il coinvolgimento diretto delle Ausl regionali e degli Enti gestori, al fine di verificare nei servizi dedicati (nuclei e centri diurni) attivati, le attività realizzate, i modelli gestionali e operativi adottati. La ricognizione si poneva, da un lato, l'obiettivo di individuare la coerenza con le indicazioni regionali, e dall'altra, un approfondimento al fine di valutare la possibilità di messa a sistema dei servizi dedicati.

Dei 20 centri diurni esaminati, 13 (193 posti) sono risultati coerenti con il modello regionale proposto, mentre i restanti 7 sono stati individuati quali "buone pratiche" nell'ambito della qualificazione della rete ordinaria. Gli approfondimenti sui modelli gestionali ed operativi, hanno permesso di confermare come validi, i principali criteri individuati dalle linee guida regionali:

- Criteri di elegibilità: persone con demenza associata a disturbi del comportamento (quindi non tutti i dementi);

- Temporaneità: i servizi dedicati sono da utilizzare nell'ambito di un percorso che prevede il rientro nella struttura ordinaria o al domicilio, quindi per un periodo limitato;

L'obiettivo del rientro al domicilio o nella struttura di provenienza richiede, inoltre, uno stretto collegamento con il resto della rete dei servizi, nonché un adeguato sostegno e coinvolgimento dei

familiari. In assenza di tali condizioni si assiste ad una vanificazione del risultato ottenuto con il trattamento intensivo.

### **Conclusioni**

Accanto ad un livello assistenziale di qualità nei servizi tradizionali, è necessario garantire un'assistenza specializzata agli anziani con demenza associata a disturbi comportamentali gravi, a tal proposito la Regione sta valutando la possibilità di definire criteri di accreditamento specifici per i servizi dedicati. Il Centro diurno dedicato è una risorsa che si colloca nell'ambito della rete dei servizi, utilizzabile nel contesto di un piano personalizzato ed articolato, a sostegno della domiciliarità del paziente con demenza. Tale tipologia di C.D. è indirizzata ad specifico target di pazienti: persone con demenza e disturbi del comportamento di livello significativo in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo (temporaneità). Il centro diurno si inserisce come risorsa a doppia valenza per il paziente e per i caregiver. L'obiettivo del servizio è, infatti, quello di creare un percorso di cura, promuovendo il benessere della persona affetta da demenza ed al tempo stesso di svolgere una importante funzione di sostegno ai familiari!, non soltanto alleggerendoli del carico assistenziale, ma anche fornendo supporto sociale e psicologico sia attraverso il perseguimento di una continuità assistenziale casa/centro diurno, sia favorendo la partecipazione dei caregiver a incontri di gruppi di familiari.

Lo stretto collegamento con la rete dei servizi, permette al CD di rappresentare una delle possibili opportunità assistenziali nell'ambito della predisposizione del Progetto individualizzato di vita e di cure attraverso la costruzione di un pacchetto personalizzato, così come indicato anche dalle innovazioni apportate con l'avvio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (DGR 509/07 e DGR 1206/07), che pone come priorità assoluta, per il triennio 2007-2009, il consolidamento, ampliamento, qualificazione e potenziamento dei servizi ed interventi per il mantenimento al domicilio delle persone non autosufficienti ed il sostegno alla famiglia.

**Esperienze del Weekend di Sollievo**  
**Centro Diurno Alzheimer Rifugio Re Carlo Alberto Luserna San Giovanni**  
**Sig. Marcello Gaietti, Responsabile della Struttura**

Centro Diurno Alzheimer Rifugio Re Carlo Alberto  
Località Musset, 1  
10062 Luserna San Giovanni (TO)  
Te: 0121-909070  
Fax: 0121-902737  
rifugio@diaconiavaldese.org

Il servizio di weekend di sollievo nasce al Rifugio nell'ottobre 2002. Intende rispondere al bisogno espresso dalle famiglie dei nostri pazienti, sottoposte ad un carico emotivo e fisico spesso insopportabile; il weekend di sollievo permette loro di riacquistare un piccolo spazio personale, e di riprendere fiato.

Una volta al mese il Centro rimane aperto dal venerdì mattina al lunedì pomeriggio, e per la notte vengono utilizzate 5 stanze che si trovano al piano superiore, appositamente destinate a tale servizio. Gli operatori in servizio (due al mattino e due al pomeriggio) sono gli stessi che seguono i pazienti nel corso della settimana. Questo permette agli operatori di utilizzare la conoscenza delle singole persone e le loro caratteristiche come strumento relazionale. Nelle tre notti interessate è inoltre attivo un servizio di assistenza apposito; questo in considerazione del fatto che le stanze sono decentrate rispetto al resto della struttura e pensando al fatto che i pazienti non sono abituati a dormire in struttura.

L'organizzazione offre la possibilità di inserire il paziente fra i partecipanti al weekend dopo 1 mese dall'ingresso al Centro. Il nostro modo di lavorare prevede che al termine del primo mese ci sia un incontro di verifica alla presenza dello psicologo, della responsabile del Centro e dei famigliari. All'incontro vengono portate le osservazioni degli operatori, i risultati del test MODA somministrato al paziente, e le osservazioni della famiglia. Lo psicologo stila una relazione indicando le capacità residue, le problematiche specifiche della patologia ed altri dati di conoscenza che gli OSS visionano e dei quali tengono conto nell'approccio al malato.

La settimana precedente il weekend l'equipe si riunisce per discutere le osservazioni degli operatori e le problematiche manifestate dal paziente, e decide quale modalità proporre alla famiglia per iniziare ad inserire la persona. E' previsto che le modalità di partecipazione siano differenziate, ragionate e condivise con le famiglie stesse (ad esempio la persona inizia dormendo una sola notte, ed anche in seguito non è obbligatorio che la persona resti a dormire per le tre notti). In sede di riunione gli operatori pianificano anche aspetti organizzativi, quali la gestione delle terapie farmacologiche, le comunicazioni interne alla struttura rispetto alle necessità alberghiere (cucina, pulizie, lavanderia, ecc) gli abbinamenti di stanze (utilizzando per questo l'osservazione delle dinamiche tra i pazienti). Attualmente il servizio viene utilizzato da 7 famiglie su 12.

Durante le 4 giornate di svolgimento del servizio gli operatori possono affiancare e supportare (in senso riabilitativo) i pazienti nelle fasi che normalmente sono a carico di famigliari e/o caregivers, quali l'alzata e l'igiene mattutina, la fase serale, l'allettamento e la notte. Questo permette di ampliare la conoscenza di ogni persona, le problematiche che si evidenziano con la maggiore osservazione, la ricerca di risposte adeguata a bisogni non espressi. Alcuni piccoli accorgimenti come la luce tenuta accesa nel bagno, qualcosa da leggere sul comodino, un messaggio "promemoria e rassicurante" scritto dal famigliare, non solo rassicurano il paziente, ma a volte servono da prevenzione del disorientamento e dell'ansia. Anche un particolare minimo può essere utile ed a volte sufficiente a distogliere la persona dalla sofferenza, perché serve ad agganciare la persona stessa ad una realtà già vista e quindi rassicurante.

Abbiamo osservato come, dopo la partecipazione al servizio di week end di sollievo, i famigliari si siano "avvicinati", fornendoci ulteriori dati di conoscenza, mostrandosi più aperti e comunicativi, quasi confidenziali ed aperti a condividere le emozioni. Possiamo affermare che tutto ciò ci aiuta a costruire con loro il senso dell'alleanza terapeutica.

### **La quotidianità durante il weekend**

Rispettiamo il più possibile i ritmi della persona; dal risveglio mattutino (c'è chi chiede di dormire ancora un pochino...) alla tranquillità (non c'è fretta di fare, non ci aspettano per andare), alla fase dell'igiene e del vestirsi dove l'invito ed il supporto sono finalizzati all'attivazione delle risorse residue. Ciò che può ancora essere fatto dal paziente non deve essere fatto dall'operatore. Lo stimolo passa anche attraverso la quotidianità, ed il suo valore sta proprio nel suo carattere informale. Si comincia così con il riordino del letto fatto insieme al paziente, e tutta la giornata prosegue secondo questa filosofia di lavoro, senza rinunciare, senza forzare.

Per la colazione del mattino rispettiamo i gusti e le abitudini, privilegiando i cibi che facilitano le funzioni intestinali (sappiamo quanto disagio provocano questi problemi, in particolare in una persona con difficoltà di espressione verbale).

Durante il weekend proponiamo momenti di socializzazione sul territorio attraverso uscite programmate (funzioni religiose, gite, picnic all'aperto, passeggiate nei paesi circostanti e soste al bar o ai giardini frequentate da bambini); queste sono vissute solitamente come intrattenimento giocoso. Un'altra iniziativa che funziona è la visita presso casine dove ci siano animali domestici o da cortile, per molti pazienti questo è un richiamo forte alla propria storia di vita.

Il pranzo e la cena vengono vissuti in un'atmosfera di convivialità tra pazienti ed operatori, a differenza dei giorni della settimana quando di solito gli OSS mangiano alla mensa dipendenti, e sono momenti vissuti positivamente da tutti.

Abbiamo osservato che le famiglie, le quali in un primo momento vivevano male la decisione di portare il parente al weekend di sollievo, si sentivano in colpa e pensavano di avere abbandonato il proprio caro, abbiano poi superato a poco a poco le resistenze ed abbiano manifestato apertamente il desiderio di una maggiore frequenza del servizio.

Il servizio è nato per venire incontro ad un bisogno delle famiglie, ma ha una ricaduta positiva anche sul paziente, il quale dopo il weekend al Centro si mostra a proprio agio o in alcuni casi ci riferisce di sentirsi "come a casa".

Terminiamo con alcune riflessioni: i Centro Diurni Alzheimer sono una delle possibili risposte importanti per permettere alle famiglie di potere sostenere il peso dell'accudimento a casa del proprio caro colpito dalla malattia, ritardando così l'ingresso in struttura protetta. In futuro è auspicabile che il servizio di weekend di sollievo possa essere gestito in maniera più flessibile, immaginando ad esempio orari differenti in base alle necessità delle famiglie o interventi a domicilio svolti sempre dagli stessi operatori, che hanno nel tempo maturato una certa esperienza. Sono quindi necessarie più risorse sia per l'organizzazione che per la formazione, al fine di potere dare un servizio diversificato a seconda delle esigenze e sempre qualificato.

## **Scuole Elementari inserite all'internodel Centro Diurno Alzheimer "UN VECCHIO E UN BAMBINO"**

**dr. Piero Secreto, Direttore Sanitario Centro Diurno sig. Massimo Forzano, Musicoterapeuta**

Centro Diurno Alzheimer di Volpiano  
Piazza Cavour 5 10088 Volpiano (TO)  
Tel: 011-982 3719  
alzheimer@asl7.to.it

Nella comunicazione in oggetto vengono descritte le attività di laboratorio svolte presso il centro diurno di Volpiano e le scuole elementari e medie del territorio.

Il progetto si pone come obiettivo la valorizzazione della persona e la condivisione di esperienze e nasce dall'esigenza di capire se l'apertura del centro al territorio può costituire una risorsa in grado di creare sinergie con l'azione svolta attraverso le altre attività, perseguendo i seguenti obiettivi:

- Miglioramento delle competenze relazionali ed affettive
- Contenimento dell'ansia
- Miglioramento del tono dell'umore
- Valorizzazione di aspetti della memoria e cognitivi
- Valorizzazione di alcune capacità pratiche residue.

E' altresì importante che le scuole possano riscontrare dei significativi vantaggi sul piano educativo

- Responsabilizzazione
- Coinvolgimento ragazzi difficili
- Azione di prevenzione
- Cultura sociale

Da rilevare la possibilità che ambedue le parti coinvolte del progetto attuino un'inversione dei ruoli che solitamente ricoprono, diventino cioè attraverso l'attività, da persone accudite a soggetti che accudiscono: i bambini seguendo i pazienti durante i laboratori e questi ultimi riappropriandosi del loro ruolo di cura e di guida tipico del nonno.

### **Soggetti coinvolti**

Pazienti affetti da morbo di Alzheimer, solitamente 14.

Alunni di una I media (alcuni con problemi comportamentali), una IV ed una V elementare; i genitori coinvolti nella fase finale.

Il medico responsabile del centro ed il musicoterapeuta che hanno il compito di coordinare e monitorare l'attività.

L'infermiera professionale e le assistenti.

### **Metodologia**

L'attività, inserita nel piano formativo (POP), è stata preceduta da riunioni con le insegnanti ed i dirigenti scolastici per stabilire contenuti, modalità e finalità dell'intervento e da un incontro con i ragazzi per illustrare loro le caratteristiche principali della malattia di Alzheimer.

Nel centro si sono svolti in tutto 14 incontri: i primi finalizzati alla conoscenza reciproca ed alla ricerca di elementi comuni avviando successivamente il lavoro insieme agli anziani creando abbinamenti fissi bambino/paziente.

La classe media, ha avviato un laboratorio sull'ambiente con lettura di poesie e racconti, disegno ed interventi di giardinaggio utilizzando lo spazio esterno del centro diurno.

La IV elementare ha eseguito con i pazienti canti e balli relativi all'epoca della loro giovinezza (anni '40 e '50)-

La V elementare ha intervistato i pazienti su aspetti biografici, con la restituzione dei dati raccolti attraverso immagini, racconti e cartelloni.

In classe in bambini hanno realizzato un brain -storming sul significato della malattia e sull'esperienza svolta da cui sono scaturite canzoni, poesie e drammatizzazioni, riportate poi agli anziani del centro.

I genitori, coinvolti nella festa finale, hanno potuto cogliere la forte carica emotiva vissuta dai loro figli ed il valore educativo dell'attività già sancito dal POP.

### **Strumenti di verifica**

Documentazione:

Ogni incontro è stato descritto attraverso un diario nel quale vengono annotati gli accadimenti principali dell'evento, le ricadute affettive e comportamentali rilevate nei momenti immediatamente successivi e riflessioni sul percorso in atto.

Lavoro d'equipe:

Il confronto continuo sia all'interno del centro che con le insegnanti coinvolte ha permesso di calibrare l'intervento e valutarne gli aspetti da potenziare.

I Pazienti si presentavano meno ansiosi, visibilmente allegri e soprattutto recettivi agli stimoli, disposti a svolgere attività che implicavano l'uso della memoria, l'attenzione, la mobilità durante le attività comuni e la capacità di conduzione riscoprendosi in grado di polarizzare l'attenzione dei bambini.

Sul versante relazionale-affettivo, l'attesa per l'arrivo degli allievi delle scuole era per molti di loro un elemento di novità positivo che si traduceva in una modalità corretta di condivisione.

I ragazzi hanno accresciuto la loro capacità di autonomia e di elaborazione, attraverso la propria responsabilizzazione e la cura dell'altro, con un importante coinvolgimento degli alunni più problematici.

### **Conclusione**

La collaborazione col territorio da parte di una struttura come la nostra è di fondamentale importanza, e porta a significative ricadute positive.

Il metodo dell'abbinamento bambino/paziente, permette un maggiore coinvolgimento dei soggetti stabilendo relazioni che divengono fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Un miglioramento delle capacità cognitive dei soggetti e la migliore risposta agli stimoli, deve necessariamente passare attraverso il piano affettivo.

E' infine necessario dare luogo ad un modello operativo in modo da poter ottimizzare metodologie e strumenti di verifica, attraverso il confronto con altri soggetti che intraprendano questa importante esperienza.

**L'utilizzo della ROT per valorizzare la storia di ogni persona**  
**Centro Diurno Alzheimer Giuseppina Maggio Casa di Riposo Orfanelle**  
**Chieri**

**Dr.ssa Conrado Clara Dr.ssa De Nale Paola Dr.ssa Perrone Lara**

Centro Diurno Alzheimer Giuseppina Maggio  
Casa di Riposo Orfanelle  
Via Tana,5 10023 Chieri (TO)  
Tel: 011-947 2377  
orfanelle@libero.it

Iniziamo con il darvi alcuni dati sugli aspetti strutturali del Centro e alcuni dati statistici sulle caratteristiche degli ospiti che lo hanno frequentato e lo frequentano.

L'IPAB Casa di Riposo Orfanelle di Chieri ha attivato da 1° ottobre 1998 un Centro Diurno integrato per anziani affetti dal morbo di Alzheimer, nei locali siti a Chieri, in Via Palazzo di Città 16 .convenzionato per la copertura dei costi sanitari con l'Azienda TO 5.

Per la realizzazione del centro l'Ente ha trovato idonea ubicazione dapprima nei locali dell'ex centro anziani di Via Palazzo di Città 16 e oggi all'interno della struttura , sede di nuclei residenziali raf e raa .

Il Centro è attivo nei giorni feriali dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,00 alle 17, ed ha una capacità di ricezione giornaliera sino ad un massimo di 10 anziani le . La frequenza al Centro, varia da 2 a 5 presenze settimanali, secondo il progetto concordato con la famiglia e l'equipe del Centro .  
Dalla data di 'apertura , 1° ottobre 1998 , hanno frequentato il Centro Diurno Integrato 80 anziani, 34 maschi (42,5%) e 46 femmine (57,5%).

L'età media all'ingresso è di 75 anni e mezzo ( minima di 56 anni massima di 88 anni).  
Sotto i 60 anni : 5 % ( tutte donne ) tra i 60 e i 65 : 7,5 % tra i 65 e i 70 : 12,5% tra i 70 e i 75 25 % tra i 75 e gli 80 : 20 % , oltre gli 80 30 %.

Oggi l'età media dei 12 ospiti che frequentano il Centro Diurno è pari a 77,5 anni, ( l' età minima 62 anni, massima 92 anni ) Sotto i 70 anni : 2 Tra i 70 e i 80 : 5 Tra gli 80 e i 85 : 4 oltre 90 :1

Il 52 % degli ospiti ha frequentato il Centro per periodi superiori ad 1 anno con una media di frequenza pari a 2 anni e mezzo . Il 48 % ha frequentato per meno di un anno .

Frequenta ancora oggi il Centro un anziano accolto sin all'apertura il 1° ottobre 1998, all'età di 73 anni.

Per il 30 % degli ospiti la famiglia ha richiesto una frequenza a tempo parziale ( 2 o 3 volte la settimana ) il restante 70 % ha frequentato a tempo pieno.

Le dimissioni dal Centro ( in totale n. 68) sono avvenute nella percentuale del 77 % per ricovero definitivo in struttura RSA , per il 33 % per assistenza presso il domicilio.

Anche il ns Centro compie questo anno 10 anni di attività. Questo tempo, in cui si sono avvicinati tanti ospiti e tante famiglie, anche per noi operatori è stato un percorso: con le famiglie siamo cresciuti, siamo cambiati, abbiamo sofferto, abbiamo appreso, abbiamo inventato.

**Il filo rosso** del nostro intervento è stato davvero **il tentativo di contribuire a sostenere e a rinforzare il senso di dignità di persona** dei nostri ospiti e di **valorizzare la loro storia, le loro esperienze di vita per farne strumento di lavoro.**

Certo ci siamo subito resi conto che prendere in carico il malato voleva dire farsi carico anche della sua famiglia e non soltanto perché la famiglia apporta un contributo essenziale all'assistenza, alla formulazione del piano individualizzato e perché detiene la conoscenza storica del paziente, ma perché anche la famiglia è sofferente.

Per questo motivo accanto all'intervento nei confronti del malato fin da subito abbiamo attivato un percorso di accompagnamento della sua famiglia, attraverso colloqui di sostegno individuale e abbiamo dato vita ad un gruppo di mutuo-auto aiuto fra i familiari, che si incontra una volta al mese.

Per i familiari questo è un momento di condivisione dei propri vissuti, percezioni, difficoltà nei confronti del malato o anche solo per lo scambio delle informazioni e per il sostegno reciproco. Siamo ben consapevoli che il benessere dell'ospite passa attraverso quello della sua famiglia e soprattutto del caregiver, al quale dedichiamo le nostre maggiori attenzioni.

Per questo motivo abbiamo scelto di coinvolgerlo già nella delicata fase di inserimento, rendendoci conto quanto sia importante riuscire a creare con l'equipe curante un rapporto di fiducia. E' proprio attraverso

l'instaurarsi di una relazione di fiducia, infatti, che si può concretamente aiutare la famiglia a superare il senso di colpa legato all'affidare ad altri le cure del proprio caro .

Le famiglie vengono accompagnate dall'ingresso dell'ospite alla sua dimissione e anche nella ridefinizione del progetto assistenziale, quando necessario. Noi operatori seguiamo, infatti, la famiglia nella relazione con i Servizi territoriali e collaboriamo con gli stessi nel trovare soluzioni alle diverse problematiche che le famiglie presentano.

Riteniamo fondamentale che il Centro Diurno rappresenti un punto della rete dei Servizi Socio-sanitari del territorio e consideriamo l'intervento di cura nel Centro non isolato, ma coordinato con gli interventi che possono essere offerti dagli altri punti rete.

In questi anni, anche rispetto ai malati e alle modalità più consone di intervento nei loro confronti, sono stati tanti gli interrogativi: quanto stimolare, quanto proporre, come, che cosa.

Certo le famiglie dei nostri ospiti ci hanno dato un grosso aiuto perché ci hanno permesso di raccogliere le loro storie, acquisire informazioni sulla loro vita trascorsa, le tappe importanti, sui loro gusti, il modo di passare il tempo, le passioni e le sofferenze, le preferenze. Questo ci ha dato l'opportunità di costruire progetti e attività in cui venisse dato spazio alla **memoria autobiografica** nel tentativo di conservare il più a lungo possibile quelle **parti del Se ancora presenti.**

**Noi siamo la nostra memoria** e la memoria autobiografica è una delle vie attraverso cui si struttura la dimensione del sé. Peraltro noi sappiamo ormai con certezza scientifica che la perdita delle facoltà cognitive non è un fenomeno "tutto-nulla", bensì un processo graduale che lascia spazio all'approccio riabilitativo. Anche le persone malate se sono motivate, se riescono a vincere la depressione, se le capacità residue vengono stimolate, se viene offerta loro la possibilità di vivere relazioni affettivamente significative possono rallentare il processo di decadimento psicofisico.

E' alla luce di queste riflessioni che qualche anno fa abbiamo accolto con entusiasmo la proposta di sperimentare presso il nostro Centro l'utilizzo della **ROT** insieme con il gruppo di volontariato che da anni ci accompagna nell'assistenza a queste persone, l'AVO (Associazione Volontari Ospedalieri).

La Terapia di Orientamento alla Realtà, ideata da Folsom alla fine degli anni cinquanta e successivamente sviluppata negli anni sessanta, è la più diffusa metodologia applicata a persone con confusione mentale e deterioramento cognitivo.

La ROT è finalizzata a **riorientare il paziente rispetto a sé, alla propria storia e all'ambiente circostante.**

L'obiettivo principale è quello di incrementare il grado di orientamento, di potenziare e conservare il più a lungo possibile le funzioni cognitive, rimotivare, stimolare le capacità comunicative verbali e mimico-gestuali, sollecitare il recupero dei ricordi personali.

Attraverso la ROT, pur nella consapevolezza del graduale decadimento delle funzioni cognitive del paziente, si intende agire sulle funzioni ancora disponibili con la finalità di scorrere gli anni passati, condividere nuovamente **esperienze vissute**, stimolare **racconti parziali**. Far mantenere il più possibile il contatto con la realtà nelle sue varie accezioni.

Certo la ROT acquista una significatività particolare se, durante la seduta, non si parla solo di fatti generici, ma gli argomenti di cui ci si occupa fanno parte della storia della persona. Se i fatti rappresentano per la persona la possibilità di entrare in contatto con le emozioni, i vissuti che un certo ricordo suscita. E' proprio questo che permette ai nostri ospiti, anche solo per un breve momento, di potersi sentire vivi e che rappresenta una occasione per **aumentare la stima di Se e la fiducia in se stessi**.

Quando incontriamo la persona malata, probabilmente non riusciamo ad avere da lei "la narrazione congrua della sua trama esistenziale", soprattutto se la patologia è in fase avanzata.

Il familiare diventa quindi, come già ricordato, un riferimento importante per la narrazione biografica e per noi operatori tramite indispensabile per avvicinarci al mondo interno del paziente, che lui non è in grado da solo di condividere nella relazione con noi. Questo è ciò che è accaduto anche rispetto a questa attività.

La storia della persona raccolta da me e dalla Coordinatrice del Centro viene condivisa con gli altri operatori nella riunione di equipe in modo che tutti gli operatori siano in possesso delle informazioni fondamentali per potersi rapportare con l'ospite e possano diventare "memoria di appoggio" nelle più diverse attività, attraverso il tramite della relazione.

Uno degli interrogativi che ci siamo trovati ad affrontare con l'inizio di questa nuova esperienza è stata la costituzione del gruppo. Per meglio dire quali criteri utilizzare per la formazione del gruppo di persone da coinvolgere nell'attività di stimolazione cognitiva.

In una prima fase della sperimentazione ci è sembrato potessero giovare di tale stimolazione solo le persone con deterioramento cognitivo moderato, valutate attraverso la somministrazione di test cognitivi come il Mini Mental State Examination (MMSE) e il Milan Overall Dementia Assessment (MODA) successivamente ci siamo resi conto che gli esiti dei test rappresentano davvero solo una bussola di orientamento e non sono da considerare in modo rigido. Anche i malati più compromessi possono esibire risultati inattesi se inseriti in un contesto di gruppo che li valorizzi come persone, attraverso la relazione con l'operatore e anche con gli altri ospiti.

Condividiamo profondamente, avendo avuto modo di sperimentarlo anche nei fatti, l'opinione di L.Quaia che la "persona con demenza può ulteriormente abbassare la propria autostima e capacità decisionale a causa delle scarse proposte di attivazione o di sollecitazioni motivazionali ambientali, sino ad arrivare a un'anticipata estinzione dell'iniziativa ad agire".

Proprio per questo abbiamo scelto di offrire la possibilità di partecipare al gruppo ROT anche ad ospiti "gravi", che ci hanno però dimostrato il piacere dello stare insieme agli altri attraverso la produzione di risposte sia pur parziali e occasionali ai giochi proposti e in grado di tollerare la frustrazione derivante dal confronto con le prestazioni migliori degli altri.

Per la tipologia del gruppo attuale di ospiti, si è scelta una **ROT di tipo informale** che prevede un processo di stimolazione continua ed implica la partecipazione di tutti gli operatori socio-sanitari i quali, durante i loro contatti col paziente nel corso della giornata, gli forniscono ripetutamente le informazioni. La continua ripetizione di indicazioni e notizie nell'arco della giornata sappiamo che permette al malato di conservarle maggiormente nel tempo.

Al mattino però prevediamo proprio un **momento formalizzato** in cui la nostra animatrice, per tre volte alla settimana con un volontario, effettua una vera seduta di Orientamento alla realtà, comunicando al gruppo degli ospiti: giorno, mese, stagione, luogo, ora(ecc..) ma anche e

soprattutto i riferimenti personali e dei familiari che si prendono cura di loro o con cui mantengono relazioni significative.

**Il contesto** in cui si svolge l'attività è ludico e giocoso, in cui centrale è la relazione con il paziente in un clima complessivo di spontaneità e disponibilità, caratterizzato da rinforzi positivi.

**Gli strumenti** che utilizziamo sono di diverse tipologie: verbali, visive (utilizzo di cartelloni, calendari, orologi ed album fotografici) e gestuali.

La Terapia di Orientamento alla realtà, non è costituita dalla sola ripetizione e stimolazione psicosensoriale, ma è caratterizzata da momenti affettivi ed emotivi, che già di per sé sono di aiuto alla persona sofferente.

Le stimolazioni sensoriali hanno l'obiettivo di coinvolgere nella loro globalità le capacità ancora integre del soggetto per riportarlo nel "qui e ora": si incoraggiano le risposte e le ripetizioni, si usano le esperienze passate come aggancio al presente o agli eventi quotidiani.

Ci siamo resi conto di quanto sia importante, inoltre, che l'operatore conduca il dialogo in modo da modulare le domande alle risposte del paziente, al fine di non creare inutili frustrazioni.

Un tono di voce tranquillo, chiaro, rassicurante, usando un linguaggio semplice, con un'attenzione alle modalità non verbali nostre e dell'ospite è risultata essere la modalità relazionale più efficace.

La comunicazione non verbale, infatti, assume in questo intervento un'importanza centrale. Sta all'operatore cercare di comprendere che cosa il malato vuole comunicarci attraverso il suo comportamento.

La comunicazione non verbale diventa fondamentale proprio quando le parole non bastano più: attraverso il contatto visivo, la gestualità, la prossimità nello spazio, il tono della voce, il sorriso, si comunica molto.

Il nostro modo di "essere in relazione", per altro, assume grande valore non solo nella ROT, ma in tutto il percorso educativo che si fa con gli ospiti e con loro si costruisce.

Nella nostra organizzazione la ROT rappresenta il "modo di iniziare" la giornata al Centro a cui seguono le altre varie attività.

Tra queste ricordiamo laboratori di ballo, di ascolto musica, di espressività artistica e pittura, di lettura collettiva e guidata, di motricità e passeggiate.

Per concludere ci sentiamo di affermare che l'utilizzo di questo strumento per noi ha rappresentato una possibilità in più per entrare in una relazione profonda e positiva con i nostri malati, restituendo loro, seppur frammentata, la loro storia e quindi la loro unicità di individui.

**Psicomotricità e Stanza Bianca**  
**Dr. Luciano Caser, Geriatra Responsabile del Centro sig.ra Nicoletta Bocca,**  
**Psicomotricista**

Centro Diurno Alzheimer "Da Mattino a Sera"  
Opera Pia A. E. Cerino Zegna  
Via Martiri della Libertà 196  
13897 Occhieppo Inferiore (BI)  
Te: 015-2593853  
Fax: 015-2593851  
cerino.zegna@bmm.it

**DIECI ANNI DI ATTIVITÀ' DEL CENTRO DIURNO ÀLZHEIMER**

**Dr. Luciano Caser, Geriatra.**

Il Centro Diurno Alzheimer (CDA) è nato grazie alla collaborazione fra l'ASL di Biella, la Geriatria, la Struttura Cerino Zegna di Occhieppo Inferiore con l'AIMA di Biella nel 1998.

Il Centro Diurno è un modello assistenziale con valenza sanitaria e con fini di sperimentazione, riattivazione e socializzazione. Al Centro affluiscono persone con diverso grado di demenza, moderata o moderata grave, che vengono assistiti da personale specializzato ed adeguatamente preparato nella gestione di pazienti dementi che presentano caratteristiche complesse; e con comportamenti disturbanti, depressione, malattie croniche, a volte non riconosciute per la difficoltà nel raccogliere l'anamnesi.

Questi pazienti, a causa di queste comorbilità e del peggioramento della compromissione mentale, necessitano di un percorso programmato, anche al momento della dimissione, concordato con i familiari nella gestione successiva, valutando la gravità della malattia.

È compito, anche solo morale, aiutarli nella ricerca delle soluzioni più idonee: ritorno a domicilio con aiuto, ricovero in RSA, nucleo dementi, centro diurno solo assistenziale.

Nei dieci anni di attività hanno frequentato 156 pazienti dementi di grado moderato. All'inizio dell'apertura del Centro Diurno venivano accettati pazienti con una demenza lieve che non gradivano l'inserimento oppure che tendevano ad essere leader con problemi di convivenza con gli altri ospiti. Dopo questa esperienza, si è scelto di occuparsi di ospiti con una demenza moderata o moderata grave.

Al Centro Diurno accedono giornalmente 15 persone. Di questi pazienti, dopo la dimissione, 45 sono rientrati al proprio domicilio, 65 inseriti in struttura e 31 hanno continuato la frequenza presso altri diurnati.

Per frequentare il Centro Diurno Alzheimer è necessaria la valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.). Le motivazioni da parte del familiare a lasciare al Centro il proprio congiunto sono: la frequenza settimanale, il minimo di burocrazia ed il continuo contatto sia con gli operatori che con il medico. Un ulteriore motivo è la presa in carico terapeutica e sanitaria, in accordo con i medici curanti e con i servizi ospedalieri (geriatria, day service, farmacia, dea).

Il paziente percepisce l'assenza di distacco fra ospiti ed operatori, l'inserimento senza difficoltà, l'ambiente solidale. Il ritmo giornaliero è scandito da orari e attività che vengono mantenute costanti nella giornata. Il controllo del miglioramento o peggioramento delle condizioni viene monitorato con l'uso di scale di controllo utilizzate sia da parte del medico, della psicologa, dalla psicomotricista, dall'infermiera e da operatori socio-sanitari che sono preparati specificatamente alla gestione sia dell'uso delle scale che alla gestione dei pazienti dementi.

Le scale normalmente utilizzate sono: MMSE, SMMSE (per i dementi più deteriorati), ADI, IADL, BARTHEL E CRICHTON (per confronto), NPI, CIBIC PLUS, Scala per il Delirium (C.A.M.), Scala per lo Stress del Caregiver, CIRS, Scala Tinetti, Fall Risk Index e la scala del Carico Assistenziale.

Uno degli scopi è l'evitare che venga a crearsi un leader fra gli ospiti, creare una solidarietà fra loro e mantenere il senso del gruppo, valorizzando l'essere persona, che spesso viene ritenuta meno importante sia nell'ambito della famiglia che nei servizi, a partire dall'ospedale o nelle strutture.

I punti a favore del Centro Diurno Alzheimer sono: la possibilità di procrastinare le dimissioni, la domanda da parte dei familiari di avere un nuovo reinserimento, la riduzione del carico assistenziale.

I punti a sfavore del Centro sono: la lista d'attesa, la difficoltà nell'accettare l'inserimento e la gestione del proprio familiare da parte di "altre persone", la temporaneità e la scarsa conoscenza dell'utilità dei centri diurni.

E' auspicabile che, sia le Amministrazioni che le Associazioni di Familiari siano in grado di comprendere l'utilità di questi centri che procrastinano l'ingresso in struttura per non autosufficienti e che riducono il burn-out dei familiari, sono la maggioranza, che si occupano a domicilio del proprio paziente affetto da demenza di Alzheimer, permettendo così di poter permanere al proprio domicilio, che rimane ancora il luogo ideale di cura.

**BIBLIOGRAFIA:**

TRABUCCHI M. La Demenze 4 edizione 2005. La famiglia del demente e la rete dei servizi 681: 689-690 Sands, Suzuki B.S. Adult day care for Alzheimer's patients and their families. Gerontologist 1983; 23: 21-22 Albert M. , Chohen Cohen C., J. Am. Geriatric Soc. 1992, May 40(5): 449-53

Harrel Le, Marson D, Charter A. e Parrish JA. The Severe Mini Mental, Alzheimer. Psych. Assoc. Disord. 2000, Jul-Sept. 14(3): 168-175

### **Nicoletta Bocca, Psicomotricista**

"Perdere la giovinezza è terribile, non per ciò che viene tolto, ma per qualcosa che viene dato.

Non è la saggezza, né la serenità, né la lucidità né la pace. E' la consapevolezza che l'Insieme si è dissolto". (M. Szabo 2007).

L'Insieme inteso come globalità della persona, integrazione profonda tra il nostro corpo e le motivazioni che determinano il nostro agire e che affondano le loro radici nell'affettività e quindi nelle emozioni.

Esiste qualcosa di altrettanto terribile che accompagna la dissoluzione dell'insieme: è l'impossibilità di comunicare la propria sofferenza e il proprio disagio sia verbalmente, a causa della disgregazione di quei processi che rendono possibile la comunicazione verbale, sia con il linguaggio del corpo perché molto spesso la comunicazione non verbale nel caso del paziente affetto da demenza viene etichettata come "comportamento disturbante".

La finalità della terapia psicomotoria con la persona affetta da demenza si pone l'intento di valorizzare il corpo come mezzo di comunicazione in quanto strumento per manifestare emozioni attraverso la mimica, lo sguardo, la gestualità, la spazialità, la postura, il tono muscolare e la comunicazione paraverbale.

L'attenta osservazione di questi parametri e il loro "ascolto" attraverso l'accettazione della consapevolezza personale del malato, aprono la strada ad un livello di comunicazione dove il messaggio corporeo portato dalla persona diventa davvero la risorsa residua di cui molto spesso si parla (e non solo disturbo del comportamento).

E' partendo da questa risorsa che si realizza l'obiettivo della riattivazione psicomotoria.

Gli interventi di terapia psicomotoria al Centro Diurno del Cerino Zegna si sono strutturati in due sedute di gruppo settimanali, in interventi singoli nella palestra di psicomotricità e nella Stanza Bianca.

Le sedute di gruppo hanno una durata media di un'ora e mezza e al loro interno sono scandite in blocchi di lavoro di 5/10 minuti nel rispetto dei tempi di attenzione dei partecipanti.

Tra un blocco di lavoro e l'altro sono inserite attività di recupero quali la pausa caffè, l'ascolto musicale, la conversazione e le attività di reminescenza (con oggetti d'epoca, immagini ecc.).

Le proposte di lavoro hanno carattere sia strutturato che non strutturato.

Un impostazione strutturata consente alle persone con più resistenze di muoversi a proprio agio dentro a regole precise, con la possibilità all'interno della dinamica di gruppo di ampliare e variare in modo creativo il movimento.

Persone più compromesse e destrutturate hanno l'opportunità in questa fase di "lavorare a specchio" partendo dall'esempio del gruppo.

Proprio queste ultime grazie alla loro capacità di lasciarsi maggiormente andare e di accettare situazioni di gioco, molto spesso conducono il gruppo verso momenti di lavoro non strutturato dove l'espressività personale, le emozioni e la comunicazione prendono il sopravvento rispetto al fare ripetitivo e standardizzato.

E' evidente a questo punto la reazione circolare che si innesca:

espressività e comunicazione = ampliamento delle possibilità di movimento, recupero di abilità motorie (se non lo uso lo perdo) = maggiore possibilità di espressività e comunicazione.

Le stesse modalità vengono utilizzate durante le sedute individuali per problematiche specifiche quali la motricità fine, l'ampliamento della mobilità degli arti superiori ecc., utilizzando strategie di aggiramento; facendo cioè leva sulla motivazione che sempre è insita all'interno di una relazione significativa.

Al fine di ampliare le possibilità relazionali con persona affetta da demenza dal 2003 è attiva una stanza per la stimolazione multisensoriale detta STANZA BIANCA.

L'allestimento della Stanza Bianca prevede l'utilizzo di un piccolo locale con muri bianchi, sedute che consentano una scelta personale (poltrone e divani) e stimoli di tipo visivo (luci colorate, fibre ottiche) di tipo uditivo (musiche rilassanti, carillon), di tipo olfattivo (diffusore di essenze).

Un allestimento di questo tipo permette l'eliminazione di gran parte degli stimoli disturbanti e delle situazioni di conflittualità e propone una relazione facilitata con il terapeuta.

La selezione personalizzata degli stimoli offre inoltre la possibilità di individuare e usare il senso preferito come canale di comunicazione.

Le luci soffuse e interattive, la musica e il profumo creano un ambiente contemporaneamente rilassante o stimolante.

La valutazione del terapeuta nel proporre gli stimoli e la predisposizione personale dell'ospite in quel preciso momento contribuiscono a connotare l'intervento all'interno della Stanza Bianca.

L'intervento di psicomotricità al Centro Diurno è una delle tessere di un mosaico di interventi compiuti da varie figure professionali (OSS, caporeparto, psicoioga, geriatra, fisioterapista) che hanno come presupposto

comune la convinzione che, nonostante le innumerevoli perdite portate dalla demenza, la possibilità di comunicare e l'affettività non vengono meno e a volte tra tanta disgregazione basta un gesto per ritrovare l'insieme perduto.

## **L'esperienza del Centro Diurno Alzheimer** **Dr.ssa Elena Ortone, Geriatra Responsabile del Centro**

Centro Diurno Alzheimer "Antonio Barioglio"

Via Marconi 51 13835 Trivero (BI)

Tel: 015-7158193

### **INIZIO ATTIVITÀ'**

IL CENTRO ALZHEIMER DI TRIVERO INIZIA LA SUA ATTIVITÀ' IL 2 NOVEMBRE 2000.

DAL 2000 AL 2005 IL SERVIZIO ERA AUTORIZZATO SOLO PER 4 OSPITI PRESENTI CONTEMPORANEAMENTE

IL SERVIZIO TRASPORTO ERA ED E' TUTTORA GESTITO DA VOLONTARI (SERVIZIO VOLONTARIATO VALLESTRONA)

### **UTENTI 2000 - 2007**

GLI UTENTI SONO STATI 52 :

- 36 DONNE
- 16 UOMINI

### **TIPOLOGIA DELL'UTENZA**

- 28 CONIUGATI;
- 24 VEDOVI O CELIBI

PRINCIPALI FIGURE DI RIFERIMENTO : PER 18 IL CONIUGE, PER 34 IL FIGLIO

### **ETÀ' UTENTI**

GLI UTENTI HANNO ETÀ' COMPRESA TRA 61 E 90 ANNI:

- 4 TRA 60 E 69 ANNI
- 29 TRA 70 E 79 ANNI
- 18 TRA 80 E 89 ANNI
- 1 DI 90 ANNI

### **ADL ALL'INGRESSO**

- 42 UTENTI SONO DIPENDENTI A 2 ADL
- 4 UTENTI SONO DIPENDENTI A 3 ADL
- 6 UTENTI SONO DIPENDENTI A PIÙ' DI 3 ADL

### **MMSE ALL'INGRESSO**

- 6 HANNO MMSE < 10
- 16 TRA 10 E 15
- 14 TRA 15 E 20
- 7 TRA 20 E 24
- 4 > 24

### **CONSIDERAZIONI**

UTENTI CON MMSE MOLTO BASSO -- UTENTI CON MMSE MEDIO

RISPOSTA A DUE ESIGENZE: DEL CARE-GIVER -- DELL'UTENTE

INTERVENTI PERSONALIZZATI

COESISTENZA UTENTI

ATTIVITÀ' e LABORATORI SI ADATTANO ALLA TIPOLOGIA DEGLI OSPITI

### **CRITICITÀ'**

- SERVIZIO POCO CONOSCIUTO SUL TERRITORIO
- SCARSA CONOSCENZA DELLE FINALITÀ' DEL SERVIZIO
- LISTE D'ATTESA VARIABILI

MOTIVAZIONI DELLA RINUNCIA ALL'INSERIMENTO

- DIFFICOLTÀ' DI TRASPORTO
- I.P. SOLO SU RICHIESTA
- ALCUNI OPERATORI A ROTAZIONE
- ORARIO MINIMO DEL GERIATRA