



AFAM

Associazione Familiari
Alzheimer Macerata



LA PERSONA CON DEMENZA

Mercoledì 3 dicembre 2014

Dr.ssa Manuela Berardinelli
Presidente A.F.A.M.

Dr.ssa Chiara Ridolfi
Dr.ssa Susanna Cipollari
Dr.ssa Letizia Coluccini

Cosa è la demenza?

- ⦿ Compromissione **cronica e progressiva** delle capacità mentali causata da un danno a carico del cervello
- ⦿ Declino da un livello di funzionamento precedente più alto
- ⦿ **NON un fenomeno “normale” della vecchiaia!**
- ⦿ E' la via finale comune di diversi processi patologici
 - degenerativi
 - vascolari
 - post-traumatici
 - infettivi
- ⦿ E' un termine generale che si riferisce ad una **sindrome** con diverse **eziologie**

Criteria per diagnosi di DEMENZA:



The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease:
Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's
Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease

Guy M. McKhann^{a,b,*}, David S. Knopman^c, Howard Chertkow^{d,e}, Bradley T. Hyman^f,
Clifford R. Jack, Jr.^g, Claudia H. Kawas^{h,i,j}, William E. Klunk^k, Walter J. Koroshetz^l,
Jennifer J. Manly^{m,n,o}, Richard Mayeux^{m,n,o}, Richard C. Mohs^p, John C. Morris^q,
Martin N. Rossor^r, Philip Scheltens^s, Maria C. Carrillo^t, Bill Thies^l, Sandra Weintraub^{u,v},
Creighton H. Phelps^w

- La compromissione cognitive o comportamentale coinvolge almeno 2 dei seguenti domini:
 - a. **Compromissione della capacità di acquisire e ricordare nuove informazioni:** domande o affermazioni ripetitive, mettere in luoghi sbagliati oggetti personali, dimenticare eventi o appuntamenti; etc.
 - b. **Compromissione del ragionamento, del giudizio e della gestione di compiti complessi:** scarsa comprensione dei rischi, difficoltà a gestire soldi, ridotta capacità di prendere decisioni, di programmare attività complesse e in sequenza.
 - c. **Compromissione delle abilità visuospatiali:** incapacità a riconoscere volti o oggetti comuni o trovare oggetti, non dovuta ad un'alterazione dell'acuità visiva; difficoltà ad adattare i vestiti al corpo.
 - d. **Compromissione del linguaggio** (eloquio, lettura, scrittura): difficoltà nel trovare le parole; errori nel pronunciare parole, nello scriverle.
 - e. **Modifiche della personalità e del comportamento:** fluttuazioni dell'umore come agitazione, ridotta motivazione e iniziativa, apatia, tendenza all'isolamento sociale, ridotto interesse in precedenti attività, ridotta empatia, comportamenti compulsivi o ossessivi, socialmente non accettabili.

The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease:
Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's
Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease

Guy M. McKhann^{a,b,*}, David S. Knopman^c, Howard Chertkow^{d,e}, Bradley T. Hyman^f,
Clifford R. Jack, Jr.^g, Claudia H. Kawas^{h,i,j}, William E. Klunk^k, Walter J. Koroshetz^l,
Jennifer J. Manly^{m,n,o}, Richard Mayeux^{m,n,o}, Richard C. Mohs^p, John C. Morris^q,
Martin N. Rossor^r, Philip Scheltens^s, Maria C. Carrillo^t, Bill Thies^u, Sandra Weintraub^{v,w},
Creighton H. Phelps^w

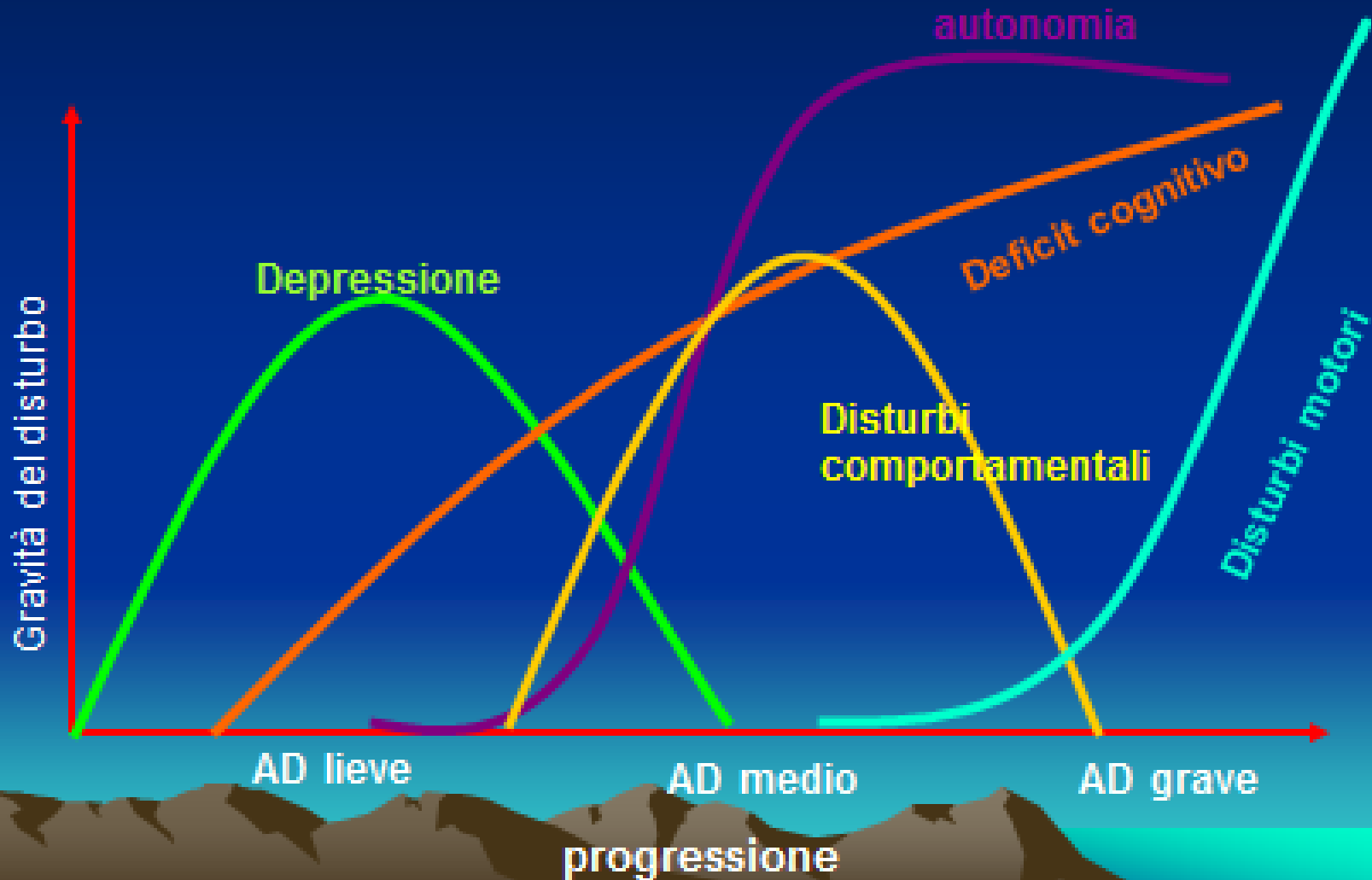
⓪ Criteri per diagnosi di DEMENZA:

- ⓪ I sintomi cognitivi e/o comportamentali interferiscono con le funzioni lavorative o le attività usuali.
- ⓪ E' presente un declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento.
- ⓪ Non siamo in presenza di *delirium* oppure di un disturbo psichiatrico maggiore.

La diagnosi di demenza



**LA DEMENZA È UNA SINDROME;
PERDITA PROGRESSIVA DELLA CAPACITA';
PROCESSO LENTO e GRADUALE (decorso 10-12)**



DUE TIPI



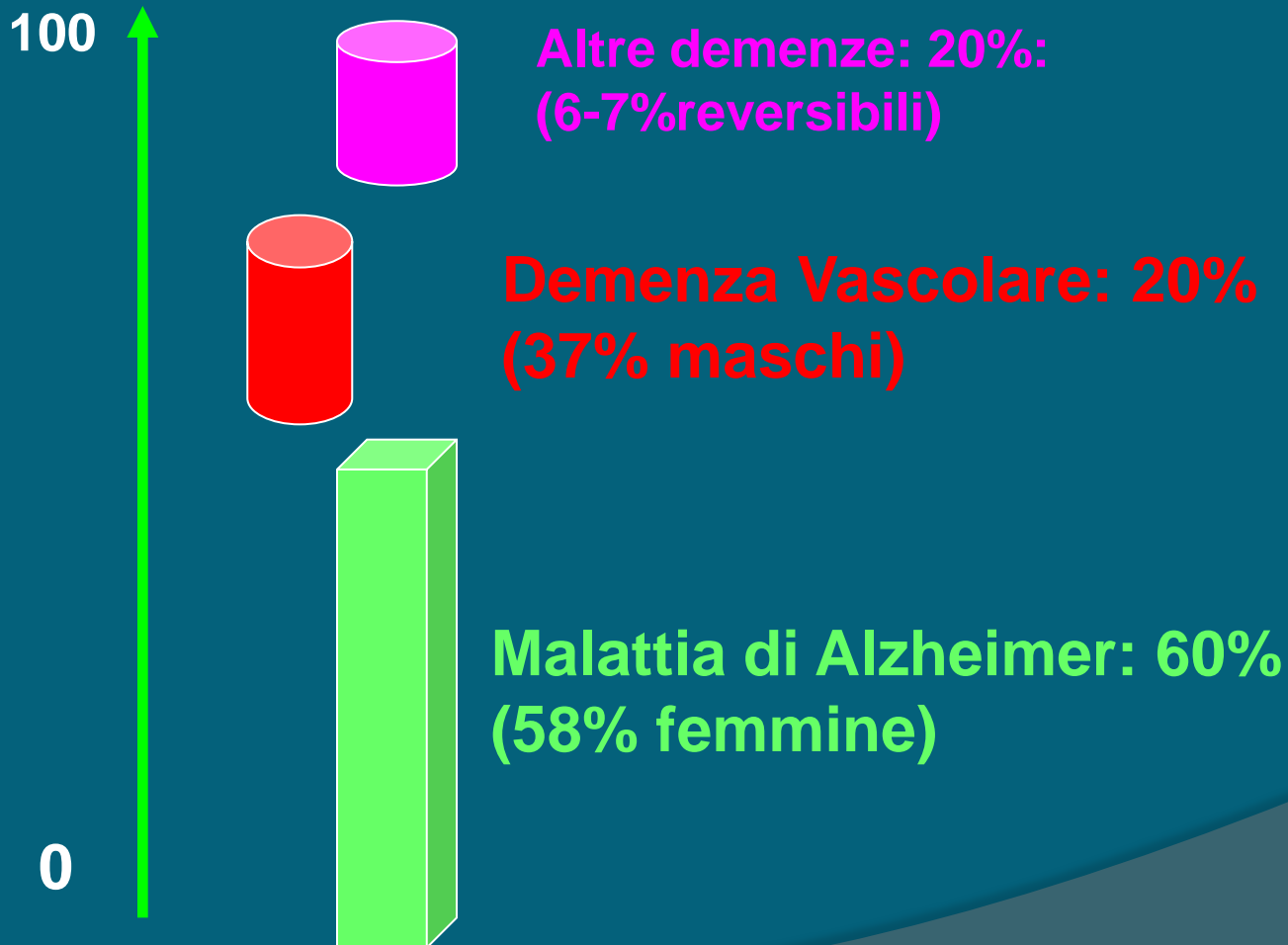
REVERSIBILI

- Intossicazione
- Infezioni
- Disturbi metabolici
- Depressione
- Tumori cerebrali
- Traumi cranici
- Idrocefalo

IRREVERSIBILI

- **Malattia di Alzheimer**
- **Demenza vascolare**
- Morbo di Parkinson
- **Demenza a Corpi di Lewy**
- **Malattia di Pick**
- Corea di Huntington
- AIDS
- Afasia progressiva primaria

Prevalenza



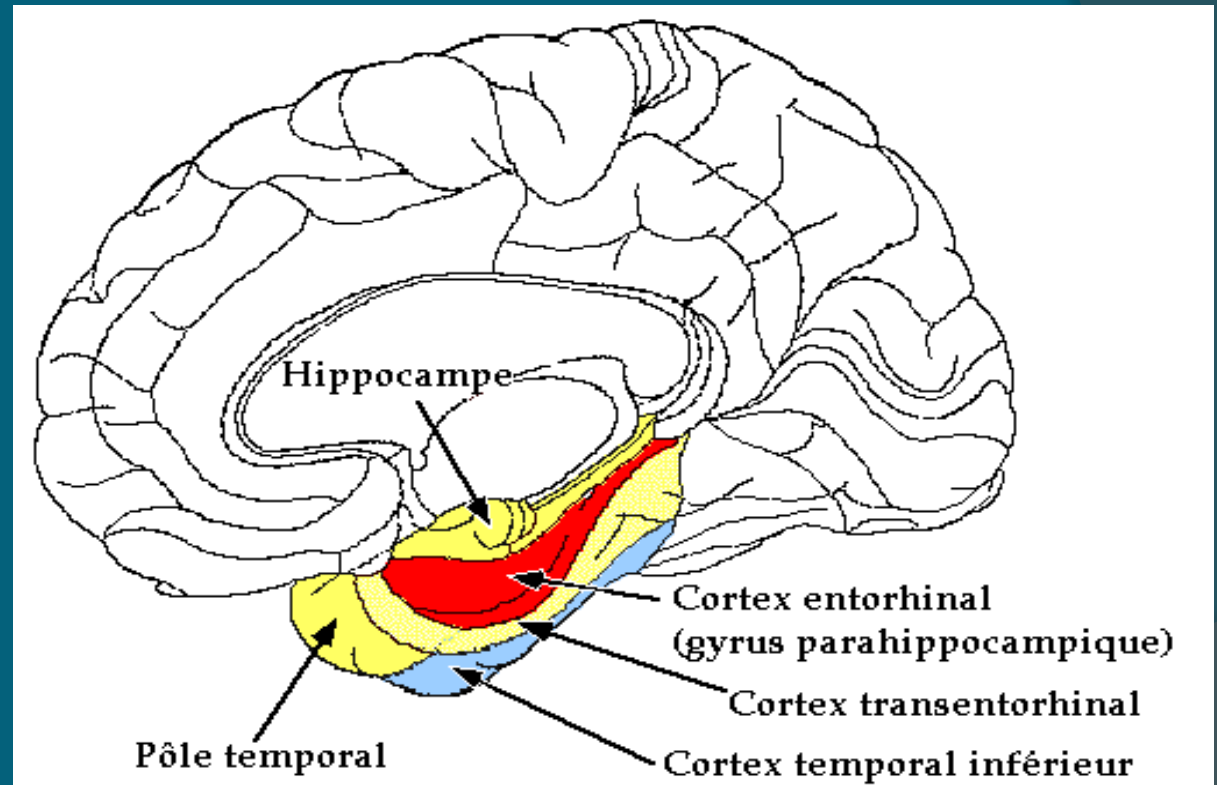
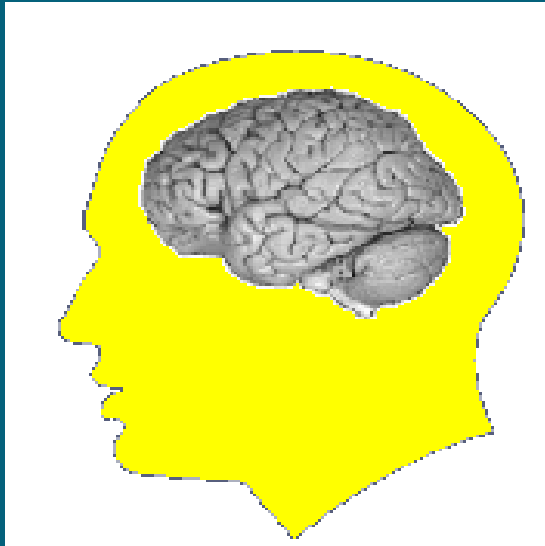
Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria.

Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, Delacourte A, Galasko D, Gauthier S, Jicha G, Meguro K, O'brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Stern Y, Visser PJ, Scheltens P.

The Lancet Neurology, Volume 6, Issue 8, Pages 734 - 746, August 2007

- 1) Deficit di memoria Episodica:** graduale e progressivo cambiamento della stessa, di durata superiore ai 6 mesi;
- 2) Atrofia delle strutture delle aree medialì dei lobi temporali;**
- 3) Alterazioni biochimiche a carico del liquido Cerebrospinale;**
- 4) Alterazioni a carico del metabolismo cerebrale e del flusso ematico**

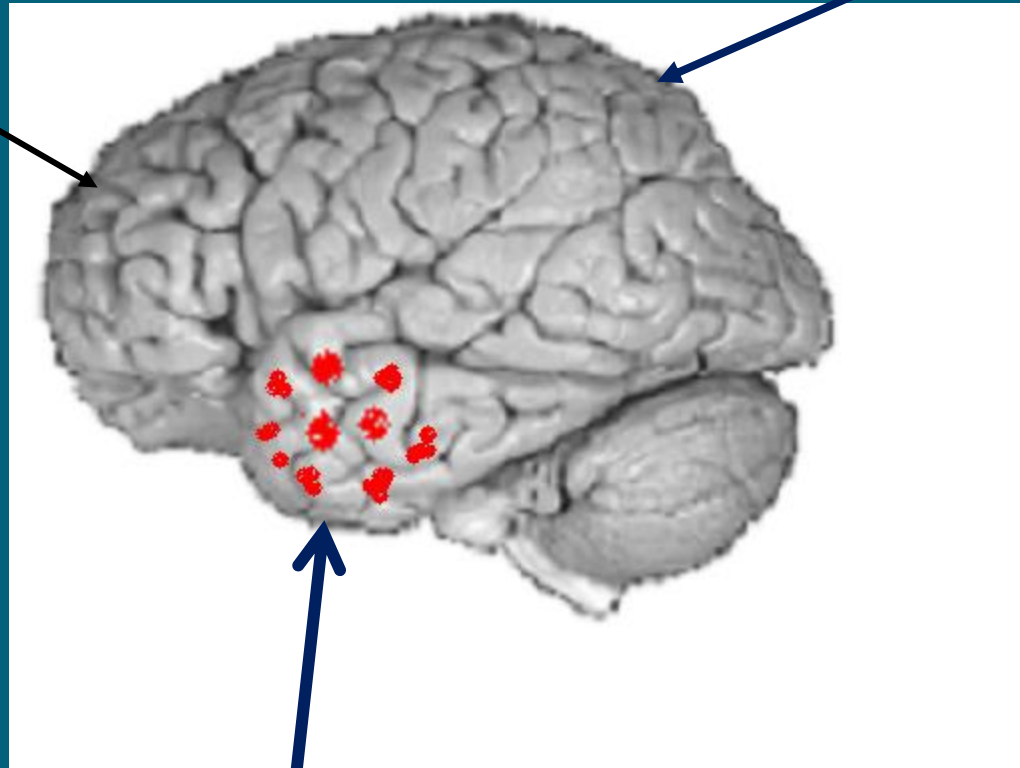
M. di Alzheimer: lesioni iniziali



M. di Alzheimer: evoluzione delle lesioni

Corteccia
frontale

Corteccia
parietale

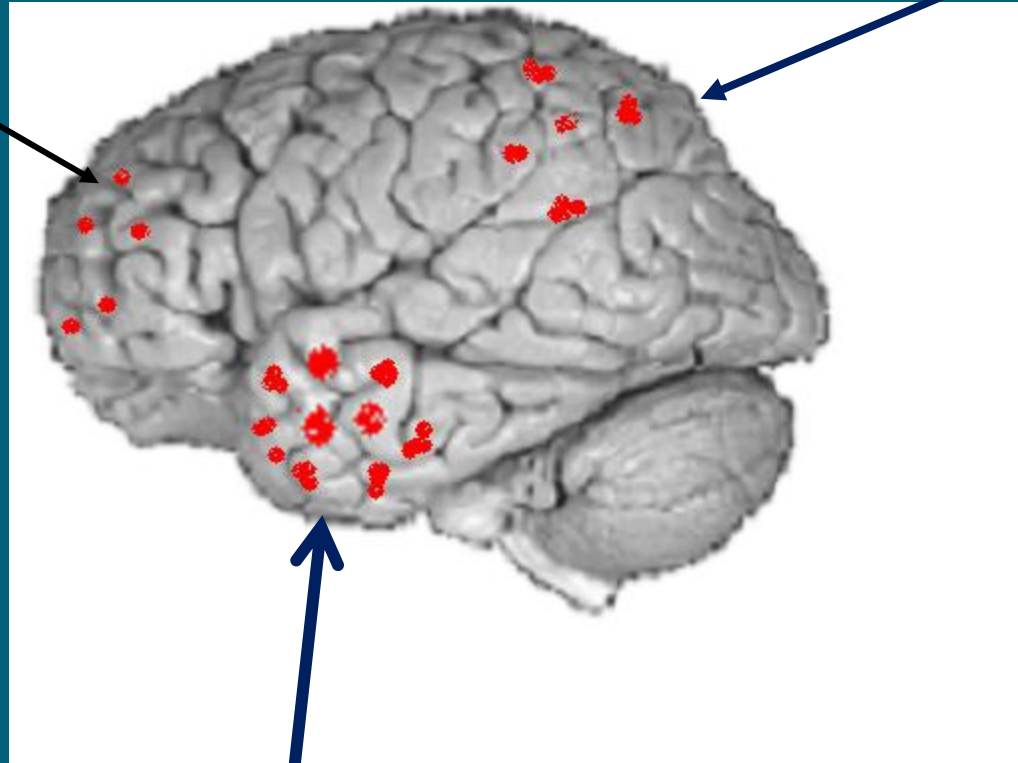


Corteccia
temporale

M. di Alzheimer: evoluzione delle lesioni

Corteccia
frontale

Corteccia
parietale

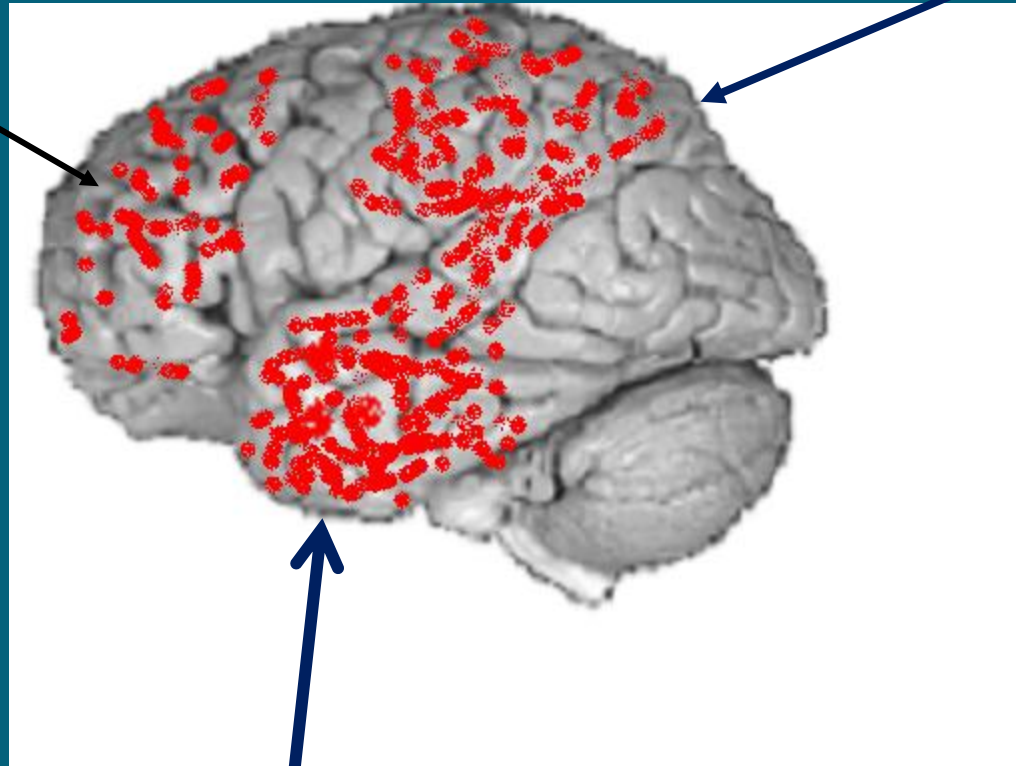


Corteccia
temporale

M. di Alzheimer: evoluzione delle lesioni

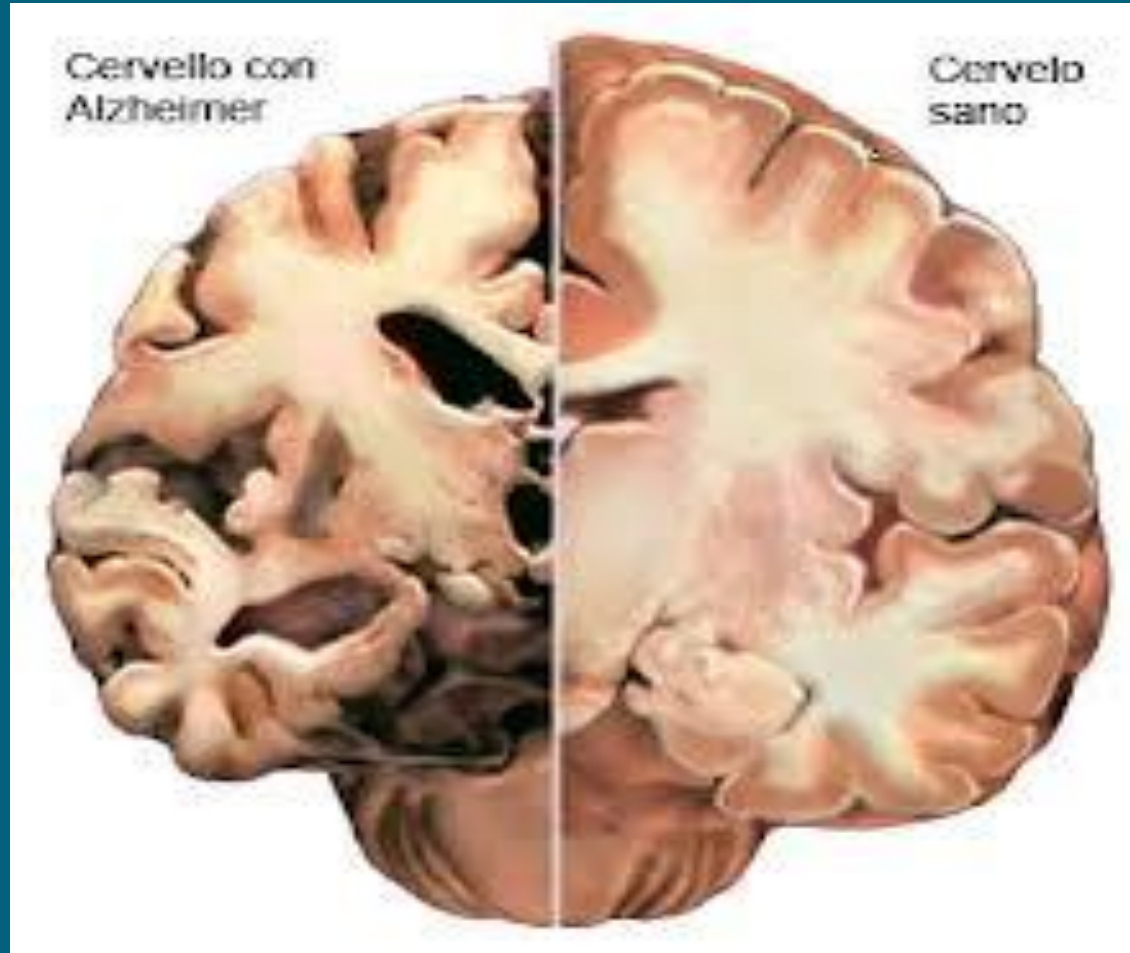
Corteccia
frontale

Corteccia
parietale



Corteccia
temporale

ATROFIA CEREBRALE



Fattori di rischio

- **Età avanzata**
- **Familiarità per Alzheimer**
- **Sindrome di Down**
- **Allele APoE**
- **Basso Livello scolarità**
- Basso livello professionale
- **Ambito vascolare** (pressione arteriosa elevata e di lunga durata)
- Traumi cranici, ipertensione, diabete di tipo 2, depressione esordio tardivo, Parkinson familiare, ipotiroidismo, **ipercolesterolemia**,
- L'uso di alcuni farmaci (antinfiammatori non steroidei)
- Complessi vitaminici di tipo C ed E.

La natura del rapporto fra una malattia neurodegenerativa e invecchiamento è di difficile e controversa definizione . Appare però indubbio lo stretto legame che accomuna invecchiamento e patologia degenerativa, considerato che il rischio di demenza aumenta con l'avanzare degli anni. Le demenze più specificamente legate all'età (D. di Alzheimer, D. Vascolare, D. a corpi di Lewy, Parkinson-Demenza) vanno comunque considerate entità cliniche e non semplici, fisiologiche conseguenze dell'invecchiamento.

Giustificare con il dato dell'età avanzata, che peraltro è molto soggettivo, qualsiasi modificazione delle capacità cognitive conduce all'errata interpretazione dei sintomi iniziali, alla loro sottovalutazione e ad un colpevole ritardo nel percorso che porta ad una tempestiva diagnosi.

DIMENTICA?



E' L'ETA'

Fortunatamente al mondo vivono tanti anziani, alcuni noti, con capacità Intellettive rimaste integre:

Anziani che sconfessano l'equazione $ETA' AVANZIATA = DEMENZA$

ALZHEIMER E GENETICA

Il 95% dei casi di malattia di Alzheimer è **'sporadico'**, cioè si manifesta **senza ereditarietà** tra le diverse generazioni, e colpisce **1 italiano su 10** al di sopra dei **65 anni** (ad esordio tardivo).

Tuttavia esistono alcune forme di Alzheimer, denominate **"familiari"**, in cui **la malattia si manifesta in 3 o più persone appartenenti allo stesso nucleo familiare ed è dovuta ad una mutazione genetica presente sin dalla nascita.**

ALZHEIMER E GENETICA

Nelle forme **familiari genetiche**, le persone che ereditano la mutazione hanno la pressoché assoluta certezza di sviluppare i sintomi della malattia in età adulta. Informazioni importanti sono arrivate dallo studio delle forme familiari di Alzheimer, per le quali sono state identificati alcuni geni che se mutati possono causare la malattia:

Il gene della proteina amiloide (APP), localizzato nel cromosoma 21

Il gene della presenilina 1 (PSEN1) localizzato nel cromosoma 14,

Il gene della presenilina 2 (PSEN2) localizzato nel cromosoma 1,

Di recente è stato introdotto anche un esame genetico per un particolare **allele – l'allele 4** - del gene della **ApolipoproteinaE (APOE)**.

L'APOE è una proteina plasmatica, coinvolta nel trasporto del colesterolo, che si lega alla proteina amiloide, e della quale esistono tre forme: APOE2, APOE3, APOE4, codificate da tre diversi alleli (E2, E3, E4).

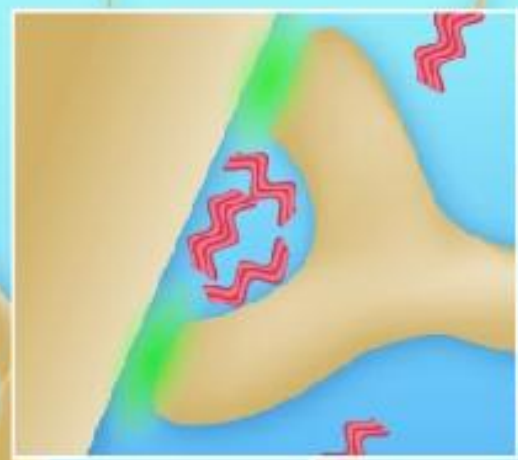
Diversi studi hanno mostrato che **l'allele 4 (E4)** è più frequente nelle persone affette da Alzheimer rispetto a quelle sane; **la presenza del genotipo E4 determinerebbe un aumento di circa tre volte il rischio di sviluppare la malattia nelle forme ad esordio tardivo, familiari e sporadiche.** Il genotipo APOE2 avrebbe invece un effetto protettivo nei confronti della malattia.

La malattia di Alzheimer si caratterizza principalmente per la presenza nel cervello di minuscole ma numerosissime **placche di beta amiloide** e **matasse neurofibrillari di proteina tau iperfosforilata**.

La tau iperfosforilata e la beta amiloide sono proteine prodotte dal cervello che quest'ultimo non riesce poi a eliminare.

Entrambe queste sostanze quindi si accumulano e iniziano a danneggiare i neuroni già molti anni prima che compaiano i disturbi di memoria.

- **Depositi amiloide** (placche senili)
formazioni extracellulari costituite da una parte centrale dove è depositata la proteina amiloide e da una parte periferica dove sono raccolti detriti neuronali
- **Degenerazione neurofibrillare:**
accumulo di filamenti anomali all'interno delle cellule nervose
- **Rarefazione neuronale**



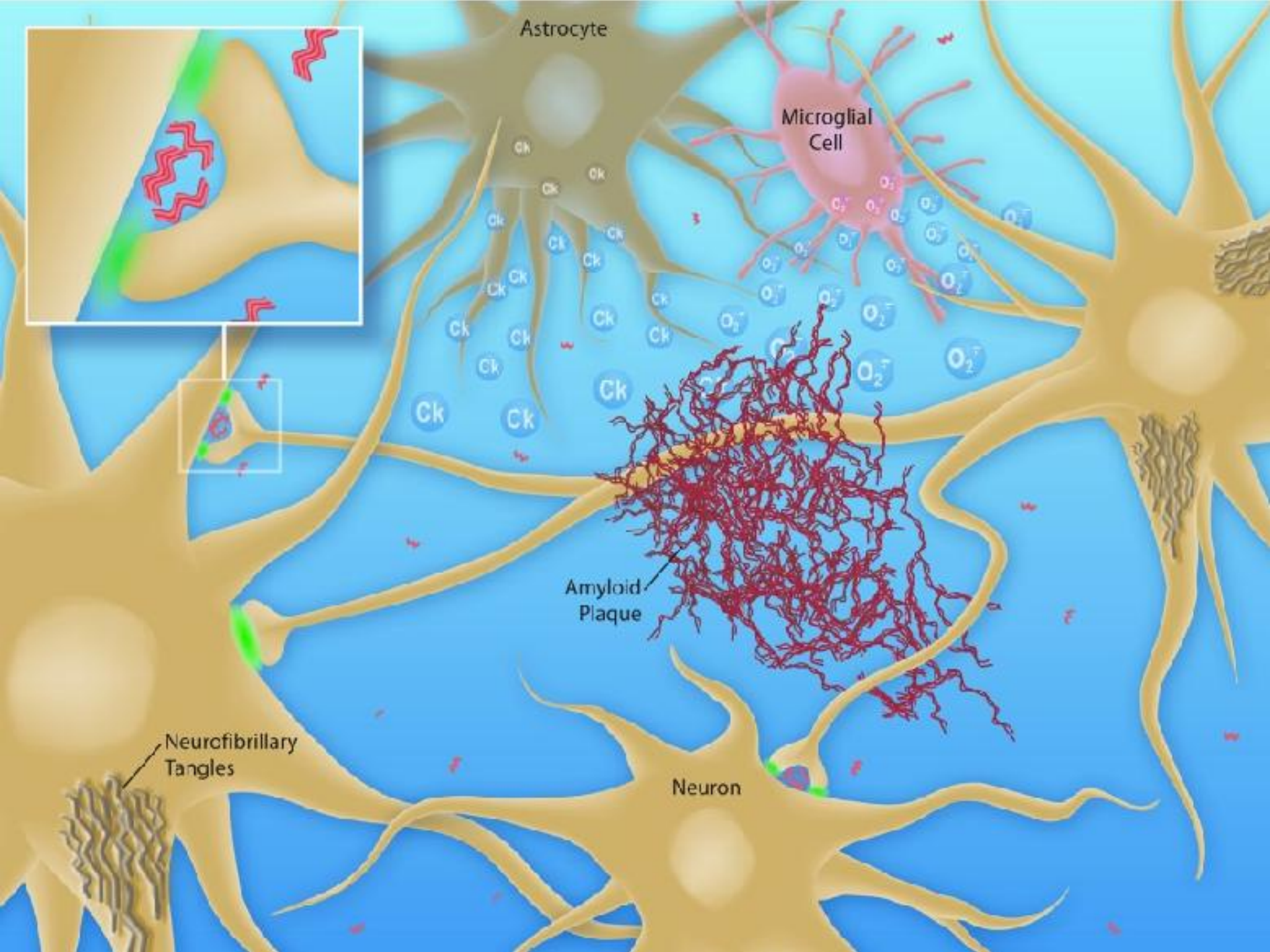
Astrocyte

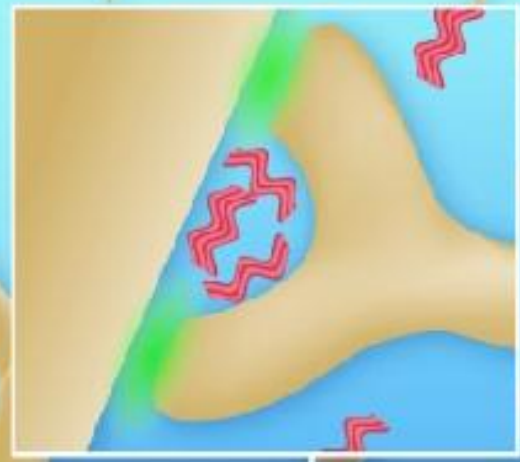
Microglial Cell

Amyloid Plaque

Neurofibrillary Tangles

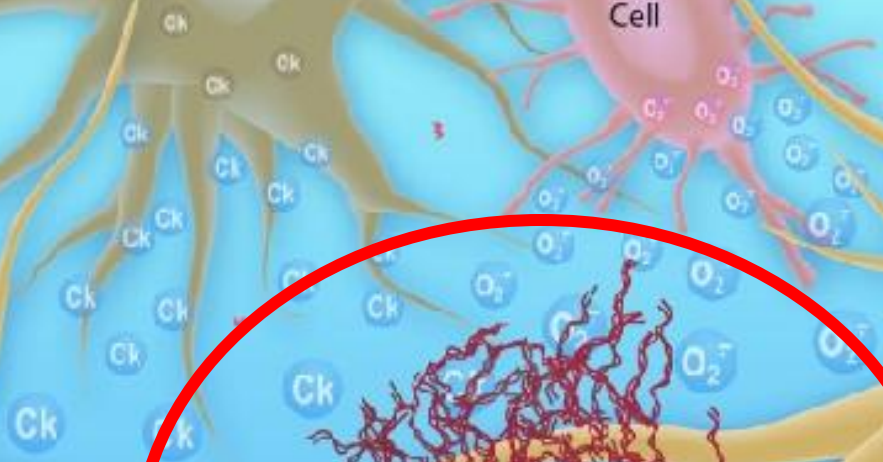
Neuron





Astrocyte

Microglial Cell



Amyloid Plaque
(Peptide beta amiloide 1-42)

Neurofibrillary Tangles

Neuron



Plaques and Tangles

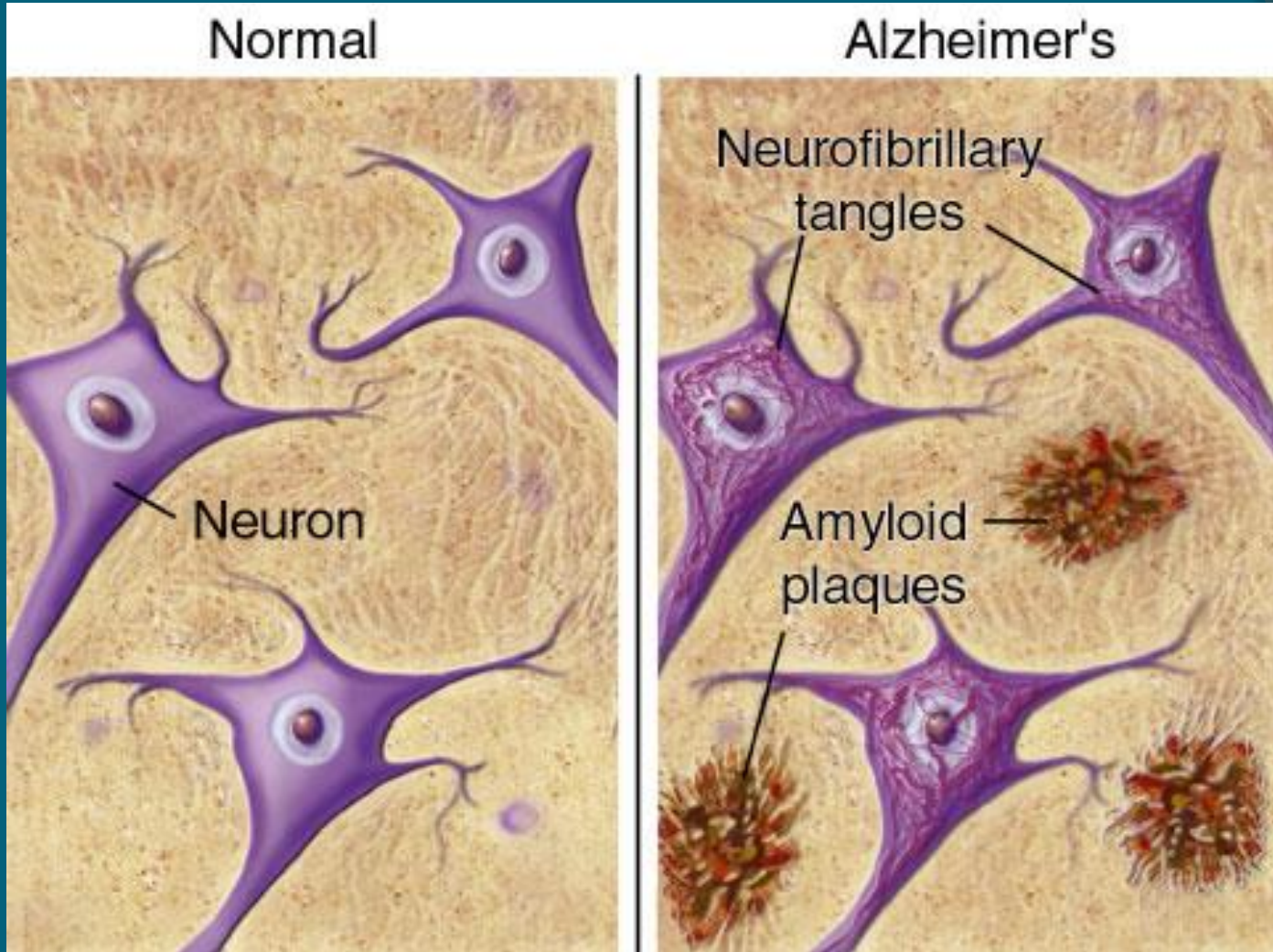


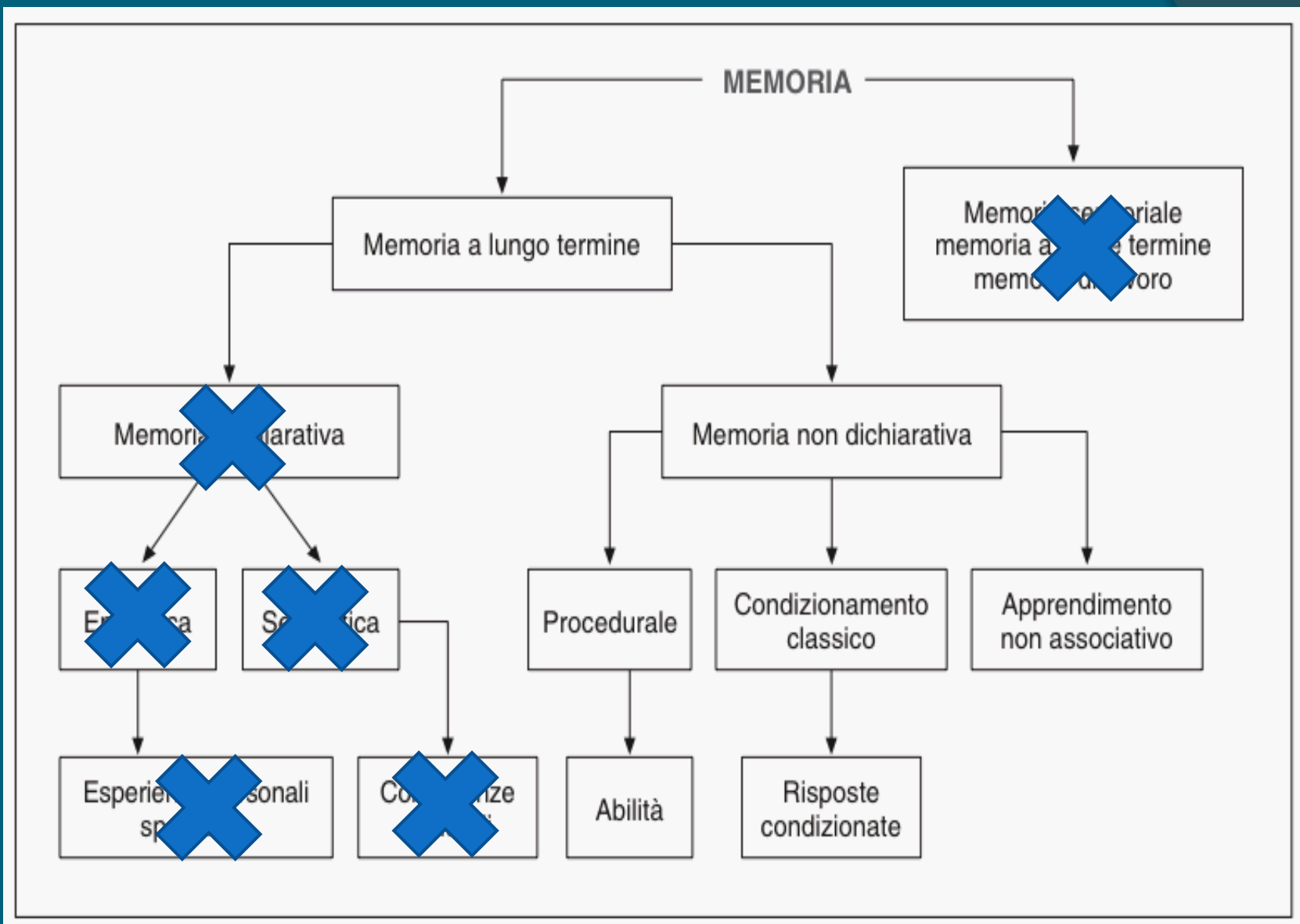
Photo: American Health Assistance Foundation

MEMORIA ed INVECCHIAMENTO

La maggior parte delle persone anziane lamentano una perdita di capacità mnemoniche già a partire dai 60 anni e questa modificazione viene da loro attribuita all'età.

Le lamentele riguardano principalmente la difficoltà a ricordare gli eventi recenti





Che cosa accade quando ci si ammala di demenza

Il cattivo funzionamento della memoria è uno dei sintomi più importanti di questa malattia

episodica per le
nuove informazioni



memoria remota e semantica



tardivamente quella procedurale

La funzione mnestica più precocemente compromessa è la memoria a breve termine: trattiene un numero limitato di informazioni per un periodo limitato.

Il malato cioè non trattiene quasi nulla di quanto gli viene detto o chiesto di ricordare. Per il malato gli eventi recenti sono i primi a sparire mentre quelli passati iniziano ad accavallarsi.

Inizialmente sono meglio conservati i ricordi del passato (la cosiddetta memoria remota).

Memoria prospettica: al soggetto con demenza cioè diventerà impossibile progettare qualcosa per il futuro, *perché per lui la vita diviene una sorta di eterno presente*, in cui anche il passato viene riattualizzato e convive con la situazione contingente.

***Legge di r. (o legge di
reversione di Th. Ribot),***

l'ordine secondo cui
nell'indebolimento generale della
memoria si perdono i ricordi, è
inverso a quello della loro
acquisizione: scompaiono
dapprima quelli recenti e poi
quelli più antichi.



La memoria che si conserva più a lungo è quella relativa a tutti i gesti e le azioni che sono ormai divenute automatiche, si tratta della cosiddetta **memoria procedurale**.

Ed è anche quella memoria che produce a volte sorprese notevoli rispetto alle capacità del malato, facendoci sperare, di fronte a inaspettate sue performances, che forse non tutto sia ancora perduto o anche facendoci, a torto, ritenere che il malato faccia 'apposta' quando sembra non ricordare, non capire, non essere in grado di fare molte altre cose.

COSA POSSIAMO FARE?

STIMOLARE



Visione parziale
Un diario dell'Alzheimer

...Ci sono cose che vorrei saper fare, ma d'altra parte ci sono ancora cose che posso fare e che mi prefiggo di non mollare finché posso.

...Però devo dire una cosa...

sono proprio contento che abbiamo le foto.

Mia moglie ricorda i particolari, ma io proprio non ci riesco – devo essere aiutato a ricordare.

"Visione parziale: un diario dell' Alzheimer" di Cary Smith Henderson. "



Complicare è facile, semplificare è difficile...

***Stimolare una persona colpita da demenza
esige le seguenti attenzioni:***

- Scegliere attività che siano **RISPONDENTI A PREDISPOSIZIONI**, attitudini, abitudini, gusti, passioni che la persona possedeva prima dell'esordio della malattia.
- **DILATARE IL TEMPO**, ovvero calibrare il nostro ritmo sulla base del tempo di elaborazione richiesto dal malato
- **NON OBBLIGARE IL MALATO A SEGUIRE LE NOSTRE RICHIESTE**, ma saper trovare il momento e la giusta modalità per agganciarlo nell'attività
- **NON PREOCCUPARSI DEL RISULTATO FINALE** qualsiasi tipo di sollecitazione orientata al tema del «fare» o del «compiere azioni insieme» non è finalizzato a fruttare in un bel risultato finale, ma è importante il clima creato.
- **ELOGIARE SEMPRE CIO' CHE VIENE FATTO** insieme, senza rimarcare gli inevitabili errori.

Può essere utile:



Vedere insieme le foto



Ricordare
eventi
importanti



Da quante persone è
composta la famiglia.

- Agenda del tipo «giornaliero» da utilizzare per la registrazione di ciò che accade di importante giorno per giorno;
- Immagini di oggetti, volti, paesaggi, animali, città e di tutto ciò che **può suscitare interesse purché nitide, semplici, con contorni e colori ben definiti e presentabili una per volta** (attaccate ad un foglio bianco), per non **confondere la percezione visiva**.
- Nella fase iniziale della malattia vale per il malato quanto è utile per tutti noi: biglietti e cartelli che ricordino gli impegni da espletare, scritti in forma chiara e distribuiti in più parti della casa, in modo che, il rileggerli più volte agisca da 'rinforzo': più rileggo una cosa, più è facile che la impari. Post-it, lavagne, calendari, blocchi per appunti sono utili per fissare appuntamenti ed eventi, scrivere un'idea o un messaggio; appuntare un appuntamento futuro



IL LINGUAGGIO

Il linguaggio è un sistema simbolico di comunicazione che permette alle persone di scambiare (veicolare) informazioni, pensieri, opinioni, idee, sentimenti ed emozioni, risolvere problemi.

Il linguaggio è un fondamentale strumento di comunicazione con il mondo.

PROPRIETA' DEL LINGUAGGIO

➤ CREATIVITA' o PRODUTTIVITA'

E' possibile produrre e comprendere un numero illimitato o infinitamente grande di messaggi verbali; tale proprietà ha una stretta relazione con la competenza linguistica che si riferisce alle conoscenze dei processi di elaborazione del linguaggio.

➤ ARBITRARIETA'

Il linguaggio è una forma di comunicazione in quanto non vi è una relazione sistematica tra la forma di un messaggio e il suo significato; dato che il legame tra significante e significato è arbitrario, il linguaggio deve essere appreso e non può essere trasmesso geneticamente da una generazione all'altra

FUNZIONI DEL LINGUAGGIO



× FUNZIONE IDEATIVA

Il linguaggio serve per comunicare, esprimere conoscenze, pensieri, credenze ed emozioni e sentimenti.

× FUNZIONE INTERPERSONALE

Il linguaggio permette di creare e mantenere i rapporti tra le persone offrendo mezzi per definire i ruoli reciproci e introdurre eventuali variazioni; in un'accezione più specifica la funzione interpersonale del linguaggio viene assolta nella conduzione dell'interazione, ad esempio, osservando i turni di conversazione.

× FUNZIONE TESTUALE

Il linguaggio crea una sequenza strutturata di unità linguistiche in cui ogni parte del messaggio è legata alle altre e l'intero messaggio è legato alla situazione contestuale.

L'AFASIA

- ⦿ La parola AFASIA designa i **disturbi acquisiti di linguaggio** che si osservano in conseguenza di una lesione cerebrale in un soggetto adulto.
- ⦿ La parola **ACQUISITO** indica che la funzione cognitiva in esame - il linguaggio - è, nel momento in cui si osserva il disturbo, completamente sviluppata.
- ⦿ I disturbi afasici si osservano in una persona solo in conseguenza di una lesione cerebrale (di eziologia diversa ma soprattutto vascolare) a carico dell'emisfero sinistro.
- ⦿ Nelle patologie degenerative è causata da una sofferenza cerebrale diffusa.

Linguaggio nella DEMENZA di ALZHEIMER

- Disturbi della denominazione
- Anomie, circonlocuzioni, parole “passe partout”
- Riduzione complessità del discorso
- Aumento della “concretezza”
- Intrusioni
- Pause (++), diminuzione della comunicazione
- Disturbi di lettura e scrittura
- Deficit di comprensione del linguaggio (sintattico/grammaticali)

LINGUAGGIO E FASI DELLA DEMENZA

Anomie, impoverimento della produzione,
impoverimento contenuto informativo.

Frase fatte, anomalie, parole passpartout
disorganizzazione del discorso,
lieve deficit di scrittura.

Stereotipie, automatismi,
lieve deficit della lettura,
linguaggio egocentrico.

Espressione spontanea limitata,
comprensione difficile,
ecolalie.

*La Demenza di Alzheimer
viene considerata come
una malattia della parola
(Pietro Vigorelli)*

La persona con DA dice delle parole



Noi non le comprendiamo



La conversazione diviene difficile e deludente



La persona con DA
parla sempre meno

+

Noi gli parliamo
sempre meno

=

Si parla meno



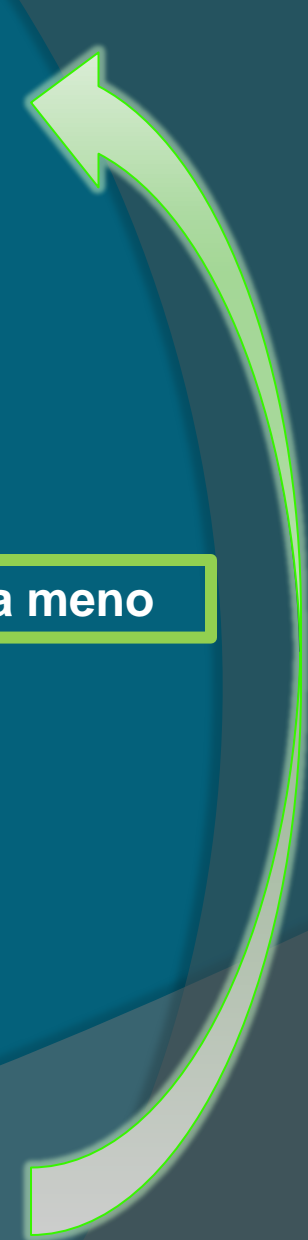
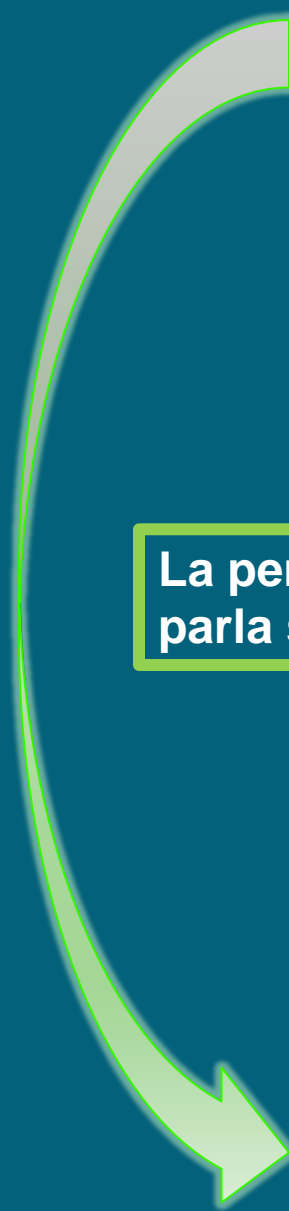
Isolamento che compromette
ancora la capacità di parlare



Si parla meno



Uso della parola si spegne



Gli ostacoli della comunicazione

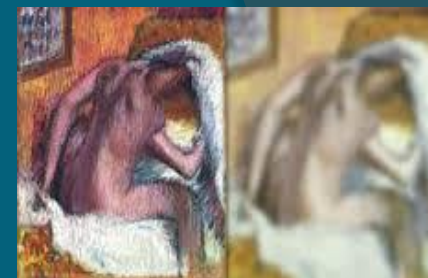
Talvolta la comunicazione può essere resa ancor più difficoltosa da alcune situazioni:

- ⦿ **Ambiente** in cui vi trovate: è troppo buio (non vi vede), c'è troppa luce (lo infastidisce e lo distrae);
- ⦿ **Troppo rumore**, troppe persone attorno o altre distrazioni (tv, musica alta...);



Gli ostacoli della comunicazione

- Assicuratevi che la sua **vista** non sia peggiorata.



- Controllate che non soffra di **problemi di udito**; se porta l'apparecchio acustico, questo amplifica i rumori di fondo, che diventando più forti possono disturbarlo o confonderlo.



Il linguaggio

Funzione comunicativa

Garantisce la possibilità di inviare e ricevere messaggi di capire ed essere capiti



La funzione comunicativa nella DA si frammenta conducendo una dolorosa sensazione tra gli interlocutori di non essere capiti

Funzione conversazionale

Scambiare parole più o meno felicemente anche senza capire ciò che si dice indipendentemente dallo scopo di produrre informazioni



Si conserva con la possibilità per la persona con DA di intrattenere conversazioni governate da regole

Come si fa?

L'ALGORITMO del Conversazionalismo
applicato alla conversazione con i pazienti Alzheimer

1. Mettere insieme un conversante con un interlocutore in uno spazio determinato, in un tempo finito

La conversazione dura solitamente 15-20 minuti perché la persona tende ad affaticarsi e il suo livello di attenzione a diminuire se si protrae più a lungo

2. Aprire la conversazione nel modo in cui si ritiene più adatto

- *Es.* “Buongiorno sono il Dr. Vigorelli”
- *Es.* “Buongiorno, sono venuta qui oggi per vedere un po’ di fare due chiacchiere assieme, per vedere le cose che avete da dire”
- *Es.* “Buongiorno, oggi vorrei parlare un po’ con lei sig.ra Alba, sentire un po’ come sta”

La frase di apertura non è formulata come una domanda, ma piuttosto come una frase dichiarativa

3. Mantenere aperta la conversazione

- **Evitare di porre domande:**

se voglio ottenere delle informazioni di solito il modo più semplice è chiederle.

Di solito con le persone affetta da DA purtroppo non è così.

Spesso quando si chiedono delle informazioni, rispondono a sproposito, oppure con lunghi giri di parole che non arrivano al nocciolo della questione, oppure si chiudono in un atteggiamento mutacico, o si arrabbiano.

Ricordiamoci che la conversazione è un momento di piacere, di possibile felicità, *allora le domande servono oppure no a seconda che contribuiscano ad aumentare o no il livello di felicità o per lo meno a ridurlo.*

- Evitare di completare le frasi dell'interlocutore

CONVERSANTE: *Buongiorno.*

MAGDA: Buongiorno.

CONVERSANTE: *Come va?*

MAGDA: Eh, ecco.

CONVERSANTE: *Va bene.*

MAGDA: Sì fino ad un certo punto.

CONVERSANTE: *Perché?*

MAGDA: Ho il fianco destro che mi fa disperare.

CONVERSANTE: *E come mai?*

MAGDA: Non lo so.

CONVERSANTE: *Non lo sa?*

MAGDA: No.

CONVERSANTE : *Ha fatto colazione sta mattina?*

MAGDA: Sì.

CONVERSANTE: *Che cosa?*

MAGDA: Un po' di caffelatte.

CONVERSANTE: *Un po' di caffelatte. Lo sa che oggi va a casa? È contenta.*

MAGDA: Sono contentissima.

MAGDA: Cosa mi dovete dire?

MARTINA: *Ho bisogno di fare quattro chiacchiere con lei.*

MAGDA: Cerchiamo.

MARTINA: *Mi piacerebbe sapere come sta.*

MAGDA: Bene, discretamente. Sto bene.

MARTINA: *Sta bene.*

MAGDA: E poi?

MARTINA: *Si trova bene in questo posto.*

MAGDA: Sì, con i ragazzi mi piace basta che non mi facciano troppo tribulare.

MARTINA: *Le piace stare con le persone giovani solo che a volte la fanno troppo tribulare.*

MAGDA: Eh, fanno un po' tribulare e questo mi fa paura.

MARTINA: *Quando si comportano in una maniera un po' particolare e non si capisce bene cosa fanno.*

MAGDA: Ecco e dove devo andare.

MARTINA: *Perché i giovani vanno via sempre per conto loro.*

MAGDA: Con la testa sì e allora adesso si va via con la testa o no?

MARTINA: *Adesso i giovani hanno un po' la testa per aria.*

- **Evitare di interrompere le frasi dell'interlocutore**

ANGELA: *Che fai me smonti tutta casa?*

GIULIA: Adesso...

ANGELA: *Eh, perché sposti tutte ste sedie?*

GIULIA: E' perché babbo m'ha detto che...

ANGELA: *Babbetu? Poretto, quello è tanto che manco ce sta più*

GIULIA: Ecco che...

ANGELA: *Ma chi ta detto de fa cuscì a te? Da buttà per aria casa?*

Che cerchi? Eh? No, no le sedie, che ce fai che le vai spostenne tutte?!

GIULIA: Quello che, quello che...che stava qui m'ha detto cuscì e po' non c'è...

ANGELA: *Ma chi t'ha ditto che è cuscì? Che t'ha ditto?*

GIULIA: Ah, quillo che...(incomprensibile) c'ho visto a Gilberto dopo...

ANGELA: *Do', do' stacea? Gilberto do' stacea?*

GIULIA: Eh, de sotto.

ANGELA: *De sotto? E allora come facea a ditte de ste sedie?*

GIULIA: (incomprensibile)...ecco finito.

4. Restituire un motivo narrativo

Per motivo narrativo si intende l'unità minima di significato di un enunciato di una frase.

Talvolta il motivo narrativo di una conversazione con una persona affetta da DA si riduce ad un'unica parola: l'unica detta.



La restituzione del motivo narrativo è il procedimento verbale mediante il quale si restituisce nella conversazione l'elemento narrativo minimale, o uno degli elementi narrativi minimali, nel quale, dal nostro punto di vista si dirigono e concentrano le azioni e i personaggi che caratterizzano il racconto.

Esempio

C. Buongiorno

Pz. Buongiorno

C. Oggi vorrei chiacchierare un po' con lei Alba. Sentire un po' come sta

Pz. Non bene, per niente

C. Oggi non si sente tanto bene

Pz. Guarda sono qui a letto e non ce la faccio a stare qui

C. Oggi si sente di non avere forze

Pz. Non ho le forze, non ho niente, non ho niente, mamma mia che brutto, che brutto. Non ho più, non ho più. Non trovo neanche le parole giuste.

C. E' un po' come se si sentisse senza forze.

Pz. Sono senza forze completamente e poi è tutto un insieme di cose che non ci vorrebbero, non ci vorrebbero. Io vorrei essere ancora, o mamma mia questo braccio, vorrei essere ancora un galletto

C. Le piacerebbe essere ancora una ragazza giovane

5. Il conversante restituisce frammenti della propria autobiografia

Con la somministrazione di autobiografia il conversante attenua le differenze nella conversazione dal momento che fornisce argomenti personali restando nell'ambito del motivo narrativo.

C. Lei invece signora Landini, se la minestra è troppo calda se ne accorge subito

Pz. Ma anche i miei fratelli subito si accorgono della minestra calda.

C. Io quando la minestra è troppo calda soffio un po' prima di prenderla.

Pz. Sì, sì anche io

Alla restituzione del motivo narrativo può seguire un
AMPLIAMENTO
dello stesso motivo da parte dell'interlocutore.

Pz. Eh, tessiva, tessia, filava, poi faceva calzetti, ricamava, faceva tutto, una cosa poca ma di tutto.

C. Ha preparato un corredo filando e tessendo.

Pz. Eh, ecco, ecco... Eh sì, delle parti nostre si lavorava, si lavorava tanto tanto, si lavorava, anche le donne lavoravano come gli uomini era questa vita insomma.

6. Non interpretare



Si cerca una verità che abita l'inconscio
e che è ignota
all'interlocutore e al paziente stesso

Non stiamo cercando di scoprire la verità. Piuttosto mettendoci in sintonia con le parole del paziente gli restituiamo qualcosa che lui sa già e che sa dire, oppure cose che sa ma che fa fatica ad elaborare verbalmente e così con delle brevi frasi mettiamo in risalto alcuni elementi frammentati del discorso che si riescono ancora a cogliere. Oppure ancora la risposta si riduce ad un eco dell'unica parola quasi incomprensibile che riusciamo a cogliere.

DA RICORDARE

- ④ **Non parlate come se non ci fosse.** Non parlate con qualcuno del malato in sua presenza come se non ci fosse, convinti che ormai non possa più capirvi. C'è sempre la possibilità che possa percepire qualcosa del vostro discorso, e che possa rimanerne ferito e umiliato.
- ④ **Evitate di rimarcare le sue difficoltà con frasi del tipo:** “Guarda che pasticcio hai combinato! Pensare che eri una persona così precisa e ordinata!”. Sminuire il risultato della sua attività, confrontandolo con capacità che non potrà più recuperare, lo umilia e contribuisce a farlo sentire demotivato e meno propenso in futuro a impegnarsi in altri compiti.
- ④ **Attenzione ai modi.** Va bene semplificare il linguaggio, ma non dimentichiamo la forma e il modo con cui ci rivolgiamo all'altro. “Vieni con me, che facciamo qualcosa di bello insieme” risulterà probabilmente più efficace di un brusco “Tieni, così fai qualcosa”.
- ④ **Non parlategli come se fosse un bambino:** semplificare non significa parlargli come se avesse 5 anni, non aiuta la comunicazione e rischia di ferirlo provocando reazioni negative. Il malato è pur sempre un adulto con una storia e un passato, che va rispettato.

DA RICORDARE

- **Fraasi da evitare.** In qualsiasi fase della malattia, quando vedete che è in difficoltà nel ricordare qualcosa, evitate frasi del tipo: “Ma come? Non ti ricordi?” o “Te l’ho già ripetuto cento volte”. I deficit di memoria si aggravano con il progredire della malattia, ribadire al malato la sua incapacità con queste espressioni, non solo non lo aiuterà a ricordare, ma rischierà anche di essere motivo di ulteriore nervosismo e aggressività.
- **Rispettate il silenzio.** Spesso la persona sente il bisogno di stare da sola e in silenzio, rispettate questi momenti per evitare di turbarla.
- **Ridere insieme.** Se vedete che funziona e che il vostro familiare lo apprezza, stemperate la tensione con una battuta, non temete di ridere di fronte magari a un errore buffo o a un episodio divertente che vi coinvolge. Ridere insieme può ridurre l’imbarazzo e farvi sentire più vicini.



L'ABC può essere immaginato come uno schema a tre colonne, la prima delle quali,

A, identifica le condizioni antecedenti, gli stimoli, gli eventi.

Il **B** indica le credenze, il pensiero, il ragionamento, le attività mentali che hanno come oggetto gli antecedenti.

Il **C** definisce le conseguenze di queste attività mentali ed identifica reazioni emotive e comportamentali (Ellis, 1964, 1994, 1987; De Silvestri 1981a; Dell'Erba, 1998).

Cercare di capire quale *aspetto della vita*

NON della malattia, va a colpire ed accentuare determinati aspetti della malattia.

Non pensate alla persone sempre e solo come un malato d'Alzheimer altrimenti qualsiasi cosa farà sarà dovuta all'Alzheimer.

A VOLTE L'ALZHEIMER NON È LA CAUSA

Sintomi psicologici e comportamentali della demenza

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

- Vanno interpretati non solo come sintomi della malattia, ma come modi in cui il paziente, incapace di comprendere l'ambiente che lo circonda e di esprimere il suo disagio, **reagisce agli stimoli ambientali.**
- E' ben dimostrato che rappresentano il maggior fattore di stress per la famiglia ed i caregiver in generale.

Comorbidità (es. dolore, febbre, deprivazione neurosensoriale)

Fattori iatrogeni (es. effetti paradossi degli psicofarmaci)

Altri FATTORI BIOLOGICI

Personalità premorbosa

Biografia

Reazione alla malattia

FATTORI PSICOLOGICI

PATOGENESI BIO-PSICO-SOCIALE

Finkel, 2000; Manor, 2000

FATTORI INTERPERSONALI

Stress del *caregiver*

Incapacità ad interpretare i
bisogni del malato

Scarse relazioni sociali

FATTORI AMBIENTALI

Trasloco – trasferimento

Ospedalizzazione

“Contenzione” della
mobilità

AGGRESSIVITA' (o paura?)

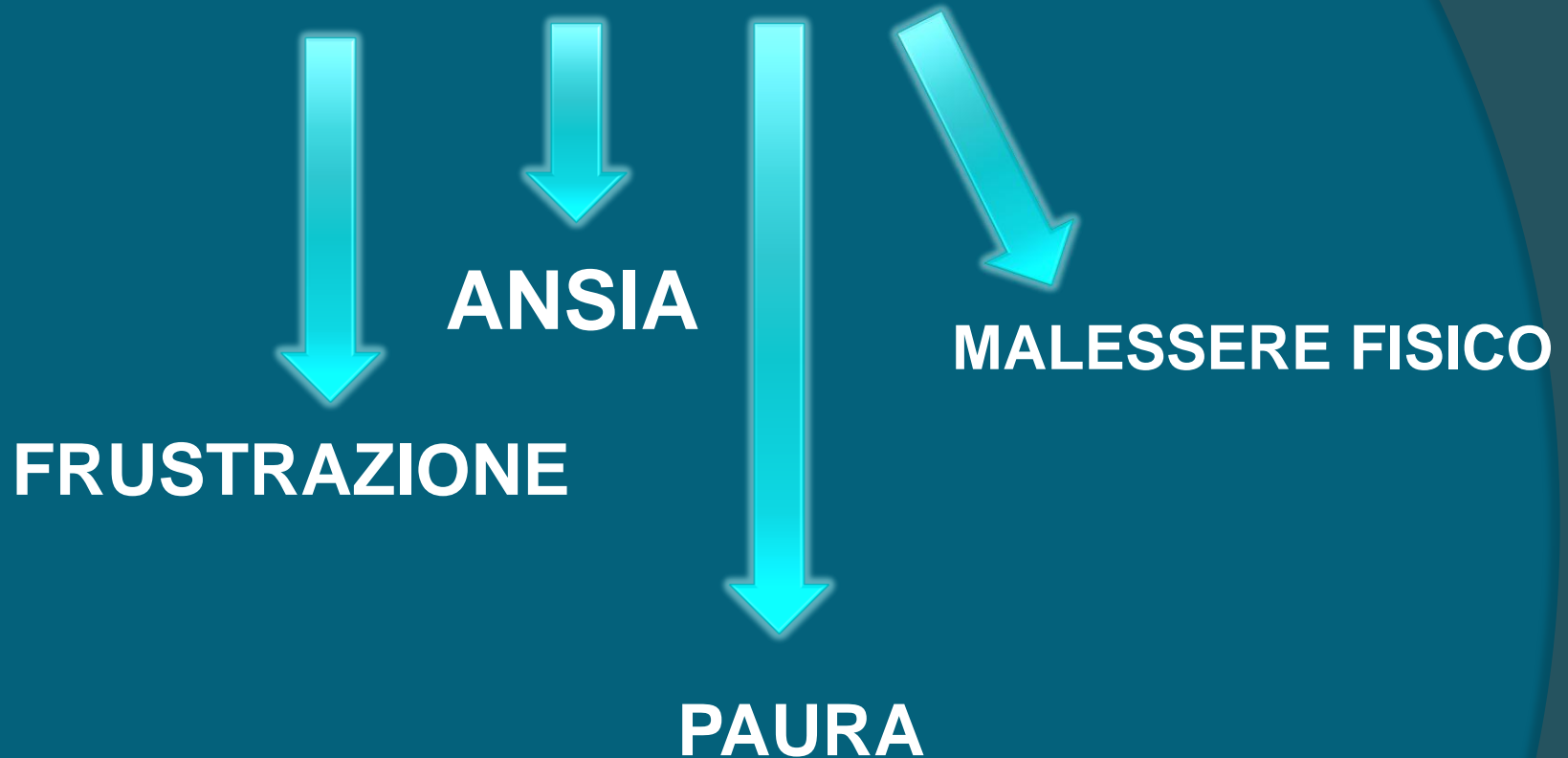
Come si manifesta: aggressività verbale (insulti, parolacce, bestemmie, maledizioni, linguaggio scurrile)

Aggressività fisica: il malato picchia, graffia, cerca di mordere, scalcia, sputa, oppone resistenza, respinge.

Questo comportamento può metterci in grave difficoltà emotiva e pratica.

L'aggressività è quasi sempre la reazione difensiva verso qualcosa da cui il malato si sente minacciato.

AGGRESSIVITA' (o paura?)



L'aggressività è una reazione difensiva contro la falsa percezione di un pericolo o di una minaccia.

Frequentemente i comportamenti aggressivi del malato compaiono in concomitanza con la richiesta di compiere alcune manovre assistenziali: l'igiene della persona, il bagno, il vestirsi, lo svestirsi.

Tutte queste operazioni implicano un contatto con il corpo del malato che può essere vissuto come un'invasione, una violazione, una violenza.

se l'acqua non è più riconosciuta, ma viene avvertita come qualcosa di estraneo e incomprensibile, e così tutti i gesti che accompagnano il lavarsi, si può capire quanto difficile sia per il malato lasciarsi fare una serie di cose sul proprio corpo, prive di senso per lui.

Comportamenti aggressivi possono altresì essere indotti da un malessere fisico presente nel malato: il malato può avere qualche dolore

In alcune situazioni e poi negli stadi più avanzati della malattia, il comportamento aggressivo può essere direttamente causato dal danno cerebrale, cioè dalla compromissione di specifiche aree del cervello. Può altresì essere conseguente all'uso improprio di farmaci.

AGGRESSIVITA' (o paura?)

Se riusciamo a comprendere che nell'aggressività del malato nei nostri confronti non vi è alcuna **INTENZIONALITA'**, che la sua **RABBIA verbale o fisica** non è consapevolmente rivolta verso di noi, ma costituisce l'espressione di un disagio,

Ne consegue che non ha alcun senso:

- ✓ sgridare il malato per i suoi comportamenti aggressivi;
- ✓ Fargli la predica sul comportamento che deve tenere;
- ✓ Domandargli perché si comporta così;
- ✓ Attendarsi una giustificazione da parte sua;
- ✓ Chiedergli che non lo faccia più;
- ✓ Aspettarsi che non lo faccia più.

Ricordiamoci che ha anche deficit importanti di memoria e soprattutto è sempre in difficoltà nei compiti di decodifica degli stimoli, dei messaggi, delle situazioni.

AGGRESSIVITA' (o paura?):

COSA FARE

- ❖ **DISTRARRE** il malato per compiere le manovre necessarie all'IGIENE PERSONALE

Far leva sul deficit di attenzione proprio della demenza:

Spostando, attirando l'attenzione del malato su uno stimolo per lui piacevole, che gli produce benessere, che lo interessa, diminuiamo la quantità di attenzione a disposizione per eseguire le manovre assistenziali che dobbiamo compiere.

Va da sé che per ogni malato esiste qualcosa di interessante e attraente: si tratta di individuare uno o più di questi stimoli, farne tesoro ed impiegarli al momento opportuno: può trattarsi di una canzone, di una filastrocca, di un ricordo che il malato recupera senza eccessiva fatica dalla memoria e la cui ripetizione lo mantiene concentrato per un po' di tempo, privandolo delle risorse necessarie per badare a quei gesti o manovre che stiamo compiendo su di lui. Oppure potremmo provare a dargli da tenere in mano qualcosa che lo interessa, o offrirgli qualche cibo gradito.

- ❖ **NON INSISTERE**, rinviando a un secondo momento la proposta che ha provocato irritazione;
- ❖ **NON RISPONDERE IN MODO COMPLEMENTARE**, ma mantenere un atteggiamento calmo e rassicurante

AGGRESSIVITA' (o paura?):

COMPORTAMENTI DA EVITARE

- **Atteggiamenti di sfida e discussioni**
- **Mostrarsi offesi**
- **Provocare fisicamente**
- **Stuzzicare o deridere**
- **Mostrare paura**
- **Bloccarlo con la forza**
- **Metterlo con le spalle al muro**
- **Non dargli spazio sufficiente**
- **Ricorrere alle punizioni**
- **Lottare per liberarsi dalla sua stretta**





E la persona?

Il più grande impulso è di tipo culturale

La malattia è solo la caratteristica del genere umano

La **PERSONA** deve rimanere
al **CENTRO** del sistema





TOM KITWOOD

Regno Unito 1937-1998

“uomo dalla vita variegata, ma breve”

Si laurea in Biologia e Scienze Naturali a Cambridge nel 1960.

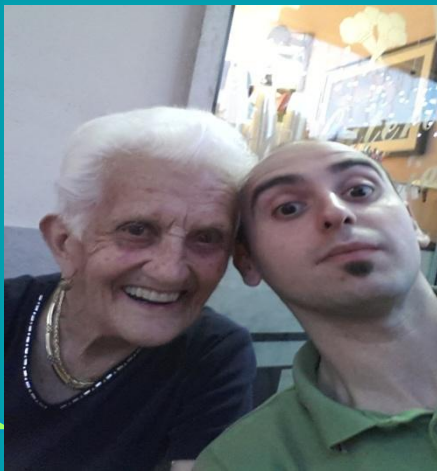
Diventa ministro della Chiesa Anglicana e successivamente parte per l'Uganda, per insegnare in una scuola. È di quegli anni il suo primo libro “What is Human?”
Rientra nel Regno Unito nel 1974 diventa **professore di Psicosociologia Gerontologica all'Università di Bradford.**

Nel 1989 gli viene commissionata (assieme alla collega Kathleen Bredin) dalla Bradford Health Authority (l'assessorato regionale alla sanità) una rilevazione dello stato dei servizi per le persone anziane.

Nel 1992 Tom Kitwood e Kathleen Bredin pubblicano il volume **“Person to Person: a guide to the care of those with failing mental powers”**.

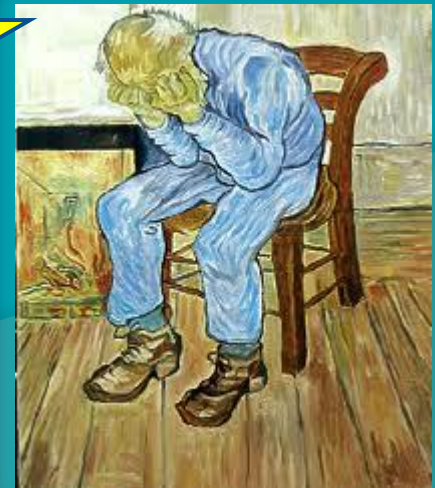
Nel 1992 Kitwood fonda il **Bradford Dementia Group.**

Muore prematuramente, all'età di 61 anni, nel 1998, dopo aver pubblicato solo un anno prima, il suo lavoro più noto **“Dementia reconsidered: the person comes first”**.



PERSONA con demenza
Persona affetta da **DEMENTIA**

Cura Centrata sulla Persona
(Person-Center Care, PCC)



La Person Centred Care (PCC)

L'ipotesi di fondo della PCC è la seguente: pur nella consapevolezza che la compromissione neurologica dovuta al danno cerebrale sia la causa principale della demenza (come sostiene il modello organicista), Kitwood ritiene che siano **molti altri i fattori** che incidono profondamente sul vivere quotidiano della singola persona che ne è affetta; su come agisce, sente e pensa.

L'insorgere della malattia viene quindi visto come il frutto della complessa interazione tra più fattori.

Modello arricchito della Demenza

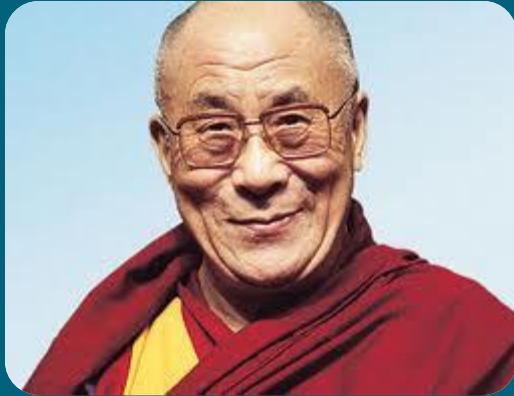
$$\text{Demenza} = \text{CN} + \text{S} + \text{B} + \text{P} + \text{PS}$$

PS fa riferimento all'ambiente psicologico e sociale con cui si confrontano le persone con demenza.

È l'approccio con il quale ci rapportiamo alle persone con demenza l'elemento chiave di questo modello: **il modo in cui ci parliamo e ci relazioniamo può essere di sostegno oppure può minare il benessere degli altri.**

Sta a noi riuscire a leggere e a trovare **canali comunicativi** più efficaci per superare i limiti linguistici ed espressivi della malattia

*Addirittura, se la care è di ottima qualità si è visto che alcune persone tendono a stabilizzarsi, talvolta persino con un recupero di abilità apparentemente perdute (fenomeno che Kitwood ha definito “**rementia**”)*



DALAI LAMA

***“Pensa a ciò che fai
perché con le tue
azioni
puoi dare gioia o
tristezza”***

La NUOVA CULTURA del prendersi CURA:

$$\text{CCP} = \text{V} + \text{I} + \text{P} + \text{S}$$

V = **valorizzare** la persona con demenza e chi si prende cura di loro

I = trattare le persone con demenza come **individui**; tenere ben presente che tutte le persone con demenza hanno una loro storia e personalità uniche, una data salute fisica e mentale, specifiche risorse economiche e sociali e tutto questo condiziona la loro risposta ai deficit neurologici

P = guardare il mondo dalla **prospettiva** della persona con demenza

S = riconoscere che tutte le vite umane sono fondate nelle relazioni e che le persone con demenza necessitano di un **ambiente sociale arricchito** che compensi i loro deficit e offra opportunità di crescita personale.

“L’illusione della loro incapacità totale è nata perché le condizioni di vita che abbiamo loro imposto erano impossibili”

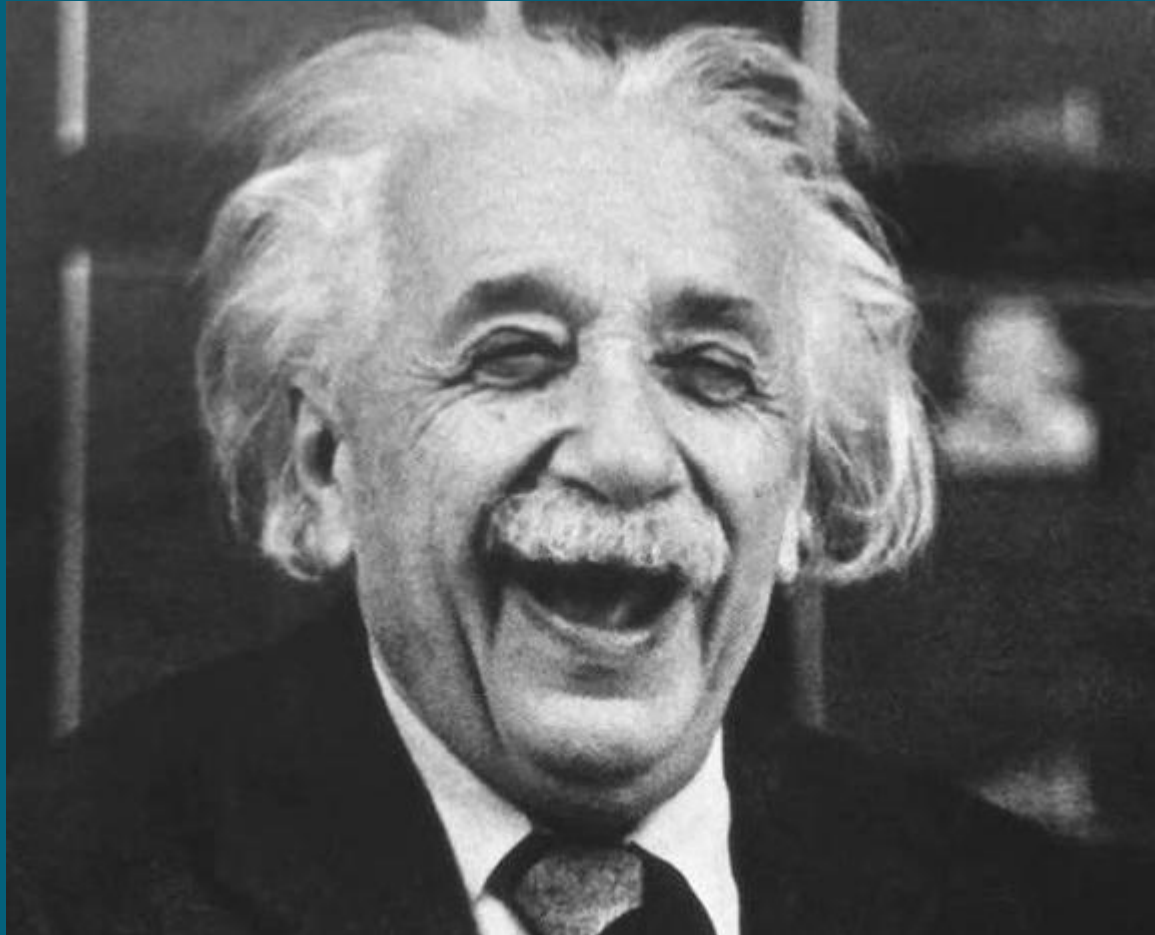
(T. Kitwood)

*“Una volta che una persona viene etichettata come demente il suo comportamento viene ad essere interpretato come invariabilmente diverso dalla norma . La sua soggettività viene sempre più negletta o ignorata minando il suo **senso di identità**”*

(T. Kitwood)

"Ognuno è un genio, ma se si giudica un pesce dalla sua abilità di arrampicarsi sugli alberi, lui passerà tutta la vita a credersi stupido"

Albert Einstein (1879-1955)



Nella Person Centred Care...

..la cura si basa sulla relazione.

Attraverso la relazione viene supportata la personhood.

PERSONHOOD

“La personhood è una condizione, uno stato che viene conferito ad un essere umano da parte di altri, nel contesto delle relazioni sociali. Implica riconoscimento, rispetto, fiducia. Sia conferire personhod, che negarla produce ripercussioni che sono empiricamente verificabili”

(T.Kitwood)



CONFORT

IDENTITA'

AMORE

INCLUSIONE

ATTACCAMENTO

La Psicologia Sociale Maligna (PSM)

È costituita da tutte quelle interazioni svalutanti da parte degli operatori o familiari, che possono minare uno o più dei bisogni psicologici, e quindi la **Personhood** di chi è affetto da Demenza.

La PSM **non implica una malevolenza** consapevole da parte degli operatori, ma spesso l'agire in modo inconsapevole e superficiale, senza rendersi conto del danno provocato e seguendo schemi già collaudati ed accettati.

ESAUTORIZAZIONE

Ci si sostituisce alla persona nell'esecuzione di compiti anche quando è in grado di compierli con il fine di velocizzare i tempi creando una “**diminuzione del senso di azione**”.

FAVORIRE L'AUTONOMIA

Assistere la persona nella riscoperta e nell'uso di capacità ancora presenti.

Esempio:

- Da quando la moglie è deceduta Leone vive solo nella villetta costruita prima di sposarsi. Due volte alla settimana viene una signora a sbrigare le faccende domestiche. La figlia lo accompagna a fare la spesa settimanale e a volte gli prepara il cibo che lascia nel freezer. Al mattino, verso le otto, con una camminata di circa 20 minuti va a comprare il pane, il latte, la carne o alcuni quotidiani che legge al bar o al parco. Rientra a casa verso le 11:30 e si prepara il pasto. Nel mese di ottobre Leone compie 90 anni e la figlia, preoccupata per il fatto che il padre a causa di una artrosi alle ginocchia cammina aiutandosi con il bastone, decide di assumere una badante. Preoccupata per i rischi di frattura con conseguenti fratture decide di affidare alla badante anche il compito di fare la spesa giornaliera e di comprare quotidiani per il padre. Il padre manifesta la sua contrarietà, ma poi viene convinto che “per il suo bene” è meglio che stia a casa al caldo.

INFANTILIZZAZIONE

L'agire di chi si relaziona con il malato esprime il messaggio che questi viene considerato alla stregua di un bambino piccolo.

Ciò si esprime con un particolare tono di voce o con piccole minacce tipo "castighi".

RISPETTO

Trattare la persona come un membro stimato della società riconoscendone l'esperienza derivante dall'età.

Esempio

- ⦿ Un operatore sta cambiando il pannolone al signor Mario e dice: “Ecco fatto così questo ragazzaccio può fare tutta la pipì che vuole senza bagnarsi”
- ⦿ Un'altra operatrice: “Ma bravo! Ha mangiato tutto senza fare i capricci! Adesso io come premio la porto sul terrazzo a prendere il sole!”.

STIGMATIZZAZIONE

Il malato viene escluso in conseguenza dell'etichettamento di persona con demenza, di persona malata.

RICONOSCIMENTO

Andare incontro alla persona nella sua unicità: avere nei suoi confronti un atteggiamento aperto e privo di pregiudizi.

Esempio:

- La signora Paola ha un grado di demenza avanzato e ha parlato per cinque minuti in maniera incomprensibile. Un membro dello staff, rivolgendosi a un collega dice: “Lasciala perdere quella lì, non farci caso”

INVALIDAMENTO

Si verifica quando la realtà o l'esperienza soggettiva di ognuno viene negata o rifiutata sistematicamente.

VALIDAZIONE

Riconoscere e supportare la realtà di ognuno: la sensibilità nei confronti dei sentimenti e pensieri deve essere la priorità.

Esempio:

- Un residente si aggira con espressione triste e ansiosa per la casa di riposo cercando il marito un'operatrice le dice:” Ma è inutile che lo cerchi! Gliel'ho già detto dieci volte: non c'è più! Venga che prendiamo una tazza di tè...”
- Una signora entrata da poco in una casa di riposo continua a chiedere di essere riaccompagnata a casa. Un'operatrice le risponde: “ Ma dove vuoi andare? È questa casa tua adesso!”.

OGGETTIFICAZIONE

Il paziente affetto da demenza non è trattato come una persona, bensì come materia inerte, sulla quale si agisce, sia pure per rendere dei “servizi” (spostamenti, pratiche di igiene, nutrizione, ecc.).

COLLABORAZIONE

Trattare la persona come partner in ciò che si sta facendo, chiedendone consulenza e pareri.

Esempio:

- ⦿ Un membro dello staff inizia improvvisamente a spingere il signor Roberto, che si è addormentato sulla sedia a rotelle, senza avvisarlo, e senza tanto meno chiedergli il permesso.

IGNORARE

Si portano avanti conversazioni e compiti come se la persona non fosse lì presente.

INCLUDERE

Consentire ed incoraggiare la persona a sentirsi inclusa e partecipe nel contesto.

Esempio:

- Due operatrici sono sedute nel soggiorno e chiacchierano. Arriva la moglie di Stefano e chiede come sta il marito. Loro riferiscono sulle attività della mattina, compresi i suoi problemi di evacuazione, il suo umore irritabile e i suoi problemi disfagici. Non rivolgono mai parola, né includono nella conversazione Stefano, che sta lì seduto, con aria depressa.

PRENDERE IN GIRO

Prendere in giro una persona, stuzzicarla, umiliarla a suo discapito.

DIVERTIRE

Promuovere il senso dell'umorismo e del divertimento.

Esempio:

- Le operatrici di Villa Serena si divertono, dopo pranzo, a far ripetere alla signora Rina, che è spesso confusa, un racconto particolarmente ridicolo.

IMPORRE

Costringe una persona a fare qualcosa non tenendo conto dei suoi desideri o negando la possibilità di scelta.

FACILITARE

Valutare il livello di supporto necessario e provvederlo.

Esempio:

- Nella struttura sono arrivati i volontari con uno spettacolino teatrale. Tutti i residenti vengono portati nella “sala teatro”, ma dopo qualche minuto la signora Teresa chiede all’operatrice di essere riaccompagnata nella sua stanza. L’operatrice, che guarda divertita lo spettacolo, ritiene che faccia bene a Teresa guardare e non la asseconda.

ACCUSA

La persona viene rimproverata per un'azione o una mancanza di azione che deriva da una sua perdita di abilità o incapacità di comprendere le situazioni.

RICONOSCIMENTO

Accettare la persona e supportarla nella sua mancanza di unicità

Esempio:

- La moglie al marito anziano che ha avuto un episodio di incontinenza: “Ma è possibile che tu non riesca a trattenere? Sembra proprio che tu me lo faccia apposta: stai più attento la prossima volta!”
- La signora Elsa ha rovesciato la brocca del tè e l’operatrice di turno si avvicina per riparare il danno: “E già, perché non abbiamo abbastanza da fare! Ci scommetto che quelli come te lo fanno apposta per vederci schiattare!”

ETICHETTATURA

Dopo la diagnosi di demenza, si attiva il meccanismo della profezia autoverificantesi ossia da questo momento in poi il paziente verrà trattato in modo diverso, e ciò lo porterà ad un peggioramento.

ACCETTAZIONE

Stabilire una relazione che si basa sulla considerazione positiva della persona.

Esempio:

- ① Un operatore nuovo si rivolge ad un collega e dice: “La signora della stanza 26 si sta lamentando, forse ha male.” L’altro operatore, con maggiore esperienza, risponde: “Non farci caso, quella è demente, si lamenta sempre!”:

INTIMIDAZIONE

Il paziente la subisce quando pratiche mediche o processi di valutazione psicologica lo spaventano, per lo più per le modalità con cui sono condotti, oppure quando è aggredito, verbalmente o fisicamente.

CALORE

Dimostrare affetto, cura e preoccupazioni genuine.

Esempio:

- Al signor Mario, arrivato da poco nella residenza piace molto la musica. Dopo pranzo si rifugia volentieri nella stanza con lo stereo e la ascolta per rilassarsi un po'. Un operatore che si è accorto di questo, gli si rivolge dicendo: “Bene, ora che so che ti piace la musica se combini qualcosa te la tolgo subito!”

ESCLUSIONE

La persona viene rimossa dall'ambiente sociale, sia fisicamente che psicologicamente. Il risultato è una privazione del contatto umano significativo.

APPARTENENZA

Fare in modo che la persona si senta accettata in una determinata situazione a prescindere dalle sue capacità.

Esempio:

- La signora Maria, solo per il fatto che tutto il giorno canta, viene portata fuori dalla sala da pranzo e lasciata in stanza tutto il giorno. Anche se arriva il personale di animazione viene esclusa perché da fastidio per il modo in cui canta.

INGANNARE

Vengono utilizzate forme di rappresentazione non veritiera, astuzie, inganni, per far in modo che il paziente acconsenta ai nostri desideri.

GENUINITA'

Essere aperti e sensibili con le persone in modo che siano sensibili alle loro esigenze e sentimenti.

Esempio:

- La signora Lucia sta piangendo, seduta su una poltroncina vicino alla porta principale della casa di riposo; sua figlia Marta, che è venuta a trovarla, se ne è appena andata. Il marito di Lucia è mancato 6 mesi fa, e non sempre lei si rende conto di quanto è successo; Marta è la sua unica figlia e il suo più grande sostegno: la va a trovare ogni giorno nonostante sia sposata e lavori. Un'operatrice le si avvicina e dice: “ Su, su che bisogno c'è di piangere? Sua figlia è andata a prendere un caffè, poi ritorna!”

INTRUSIONE

Intervenire a sproposito o provocare una brusca interruzione in una attività della persona.

AGEVOLARE

Dare atto, sostenere e gioire delle abilità e successi della persona.

Esempio:

- La signora Virginia è abituata a recitare ogni pomeriggio, prima di cena, il rosario. I familiari lo sanno e la lasciano tranquilla in camera sua a recitare le sue preghiere. Da quando è arrivata l'assistente, tale abitudine viene quasi sempre interrotta e la signora Virginia viene condotta in cucina per la cena.





AFAM

Associazione Familiari
Alzheimer Marche - Onlus

**LINEA ALZHEIMER 0733 1870545
377 9841431**

**Il telefono è attivo il LUNEDI' DALLE 10 ALLE 13
MERCOLEDI' DALLE 9 ALLE 12
GIOVEDI' DALLE 16 ALLE 19**

Bibliografia

- “Qualità di cura e qualità di vita della persona con demenza”
Ed. FrancoAngeli
S. Faggian, E. Borella G. Pavan
- “Relazioni di cura”
Ed. carocci Faber
G. Bissolo, L. Fazzi, M.V. Giannelli
- “Protocolli di intervento per le demenze”
Ed. FrancoAngeli
S. Pradelli, S. Faggian, G. Pavan

bibliografia

- ◉ *“La conversazione possibile con il malato di Alzheimer”* a cura di Pietro Vigorelli ed. Franco Angeli
- ◉ *“Alzheimer senza paura. Perché parlare, come parlare”* Vigorelli P., ed. Rizzoli
- ◉ *“L'Approccio Capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer”* Vigorelli P., ed. Franco Angeli

GRAZIE