



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**

# SCUOLA ONLINE DEL CAREGIVER

## Calendario 2024



DOCENTE	ARGOMENTO	DATA
<b>Linarello Simona</b> (Geriatra) <b>Amadori Lucia</b> (Geriatra)	PRESENTAZIONE DELLA SCUOLA DEL CAREGIVER COS'È LA DEMENZA  É POSSIBILE PARLARE DI PREVENZIONE NELLE DEMENZE?	<b>13/03/2024</b> ore 15:00
<b>Sambati Luisa</b> (Neurologa)	ASPETTI COGNITIVI NELLA DEMENZA	<b>27/03/2024</b> Ore 15:00
<b>Pantieri Roberta</b> (Neurologa)	I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E IL RUOLO DEI FARMACI	<b>8/04/2024</b> Ore 15:00
<b>Passerò Patrizia</b> (Infermiera Specializzata)	FAVORIRE L'AUTONOMIA DELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO AL DOMICILIO STRATEGIE DI GESTIONE DELLA QUOTIDIANITÀ	<b>22/04/2024</b> Ore 15:00
<b>Linarello Simona</b> (Geriatra) <b>Marco Milioni</b> (Infermiere Specializzato)	IL PERCORSO DI AIUTO SANITARIO NELLE DEMENZE IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEI CDCD	<b>08/05/2024</b> Ore 15:00
<b>Vella Laura</b> (Psicologa) <b>Ziosi Sabina</b> (Assistente Sociale)	IL RUOLO DEL CAREGIVER: COME AIUTARE CHI AIUTA  I NUOVI PROGETTI A SOSTEGNO DEL CAREGIVER	<b>23/05/2024</b> Ore 15:00
<b>Macchiarulo Maria</b> <b>Vedele Carmen</b> (Geriatre)	I TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PER LE DEMENZE	<b>07/06/2024</b> Ore 15:00
<b>Stinziani Sabrina</b> (Psicologa)	I TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI PER LE DEMENZE: TRA TEORIA E PRATICA	<b>09/09/2024</b> Ore 15:00
<b>Ciarrocchi Rosangela</b> (Sociologa) <b>Eleonora Mantovani</b> (Educatrice)	LA RETE DEI SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI A FAVORE DELLE PERSONE CON DEMENZA	<b>9/10/2024</b> Ore 15:00
<b>La Riccia Celeste</b> (Infermiera Specializzata)	LA DIMENSIONE DELLA CASA PROTETTA PER ANZIANI	<b>23/10/2024</b> Ore 15:00
<b>D'Anastasio Clelia</b> <b>Leggieri Maria</b> (ARAD + Amarcord)	IL VOLONTARIATO COME RISORSA	<b>13/11/2024</b> Ore 15:00
<b>Moggia Fabrizio</b> <b>Lorenza Zullo</b> (Palliativisti )	LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE E L'ACCOMPAGNAMENTO NEL FINE VITA	<b>4/12/2024</b> Ore 15:00

**Per maggiori informazioni è possibile contattare il CDCD di AUSL Bologna**

Presentazione della Scuola del Caregiver

*Cos'è la Demenza?*

*È possibile parlare di prevenzione  
nelle demenze?*



# **COS'È LA DEMENZA? È POSSIBILE PARLARE DI PREVENZIONE?**

Dott.ssa Lucia Amadori

Programma Cure Intermedie

Dipartimento dell'Integrazione



# DEMENZA E INVECCHIAMENTO



# INVECCHIAMENTO



L'invecchiamento è un fenomeno comune a tutto il mondo vivente, caratterizzato da:

- a. un progressivo decadimento dei meccanismi di difesa dell'organismo rispetto alle normali variazioni ambientali,
- b. riduzione delle possibilità di adattamento (perdita di **omeostasi**).
- c. perdita progressiva delle capacità di **riserva funzionale**

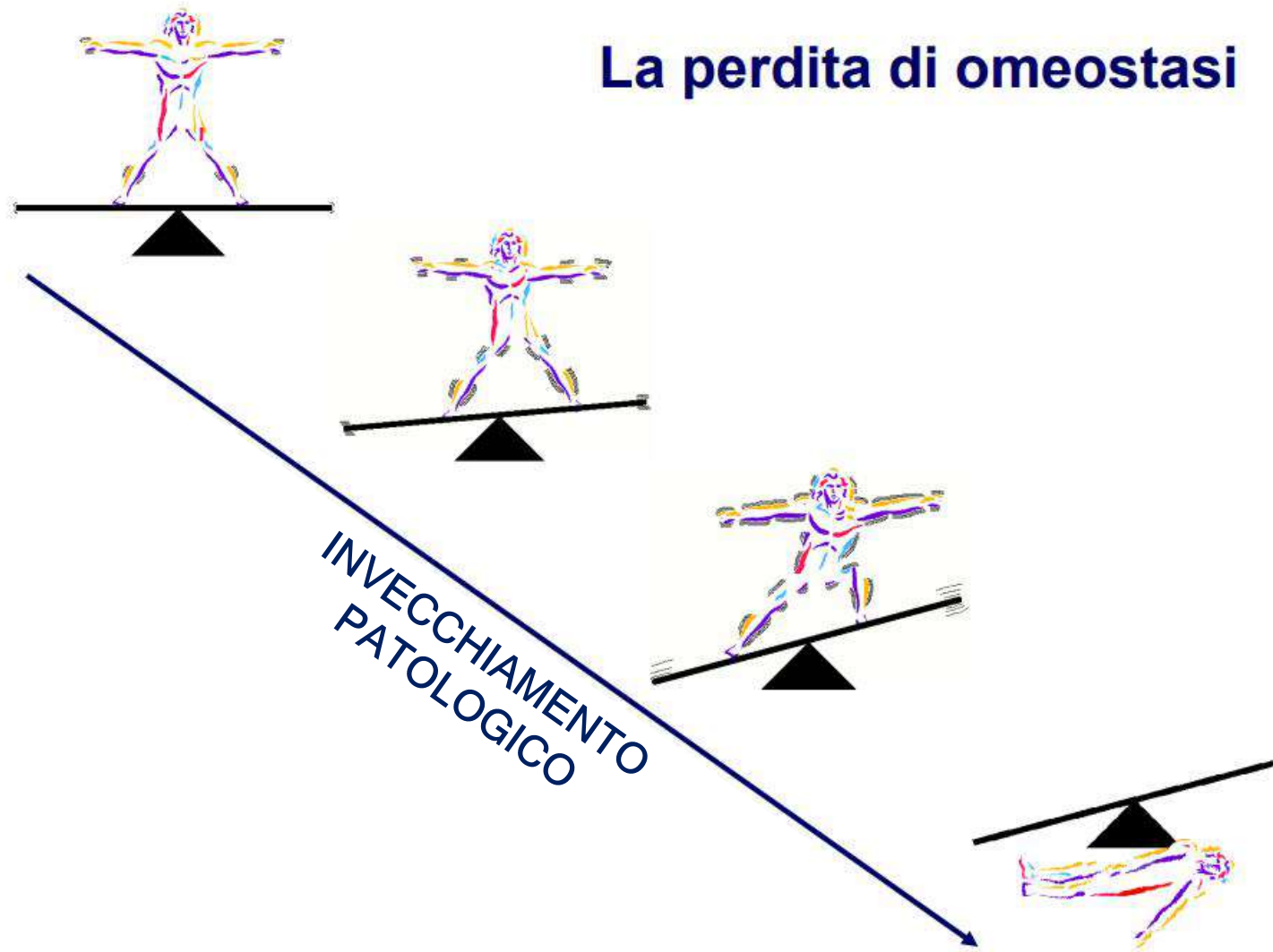
# INVECCHIAMENTO

**Omeostasi** (dal greco ómoios, "simile", e stasis, "posizione"):

capacità di un organismo di mantenere costanti le condizioni chimico-fisiche interne anche al variare delle condizioni ambientali esterne.



## La perdita di omeostasi





# RISERVA FUNZIONALE



# RISERVA FUNZIONALE

- Tutti i nostri organi e apparati sono fisiologicamente dotati di riserva funzionale
- Si ritiene che per la maggior parte dei sistemi fisiologici la perdita funzionale inizi a 30-40 anni di età e poi proceda ad un ritmo di circa 1% l'anno.
- Sebbene tale processo sia continuo e irreversibile, il processo d'invecchiamento NON rappresenta una patologia.
- Esiste una grande variabilità inter-individuale sia in termini di presenza, che di velocità di progressione delle modificazioni funzionali età-correlate.

# INVECCHIAMENTO

- In termini fisiologici l'invecchiamento consiste in una perdita progressiva delle riserve organiche e nella compromissione dei meccanismi omeostatici che è particolarmente evidente in condizioni di stress.
- In assenza di malattia esso non rappresenta un evento necessariamente negativo; tuttavia, la minor efficienza omeostatica comporta:
  - a. una risposta più lenta agli stimoli
  - b. una più ampia variazione funzionale
  - c. un ritorno più lento alla condizione di equilibrio

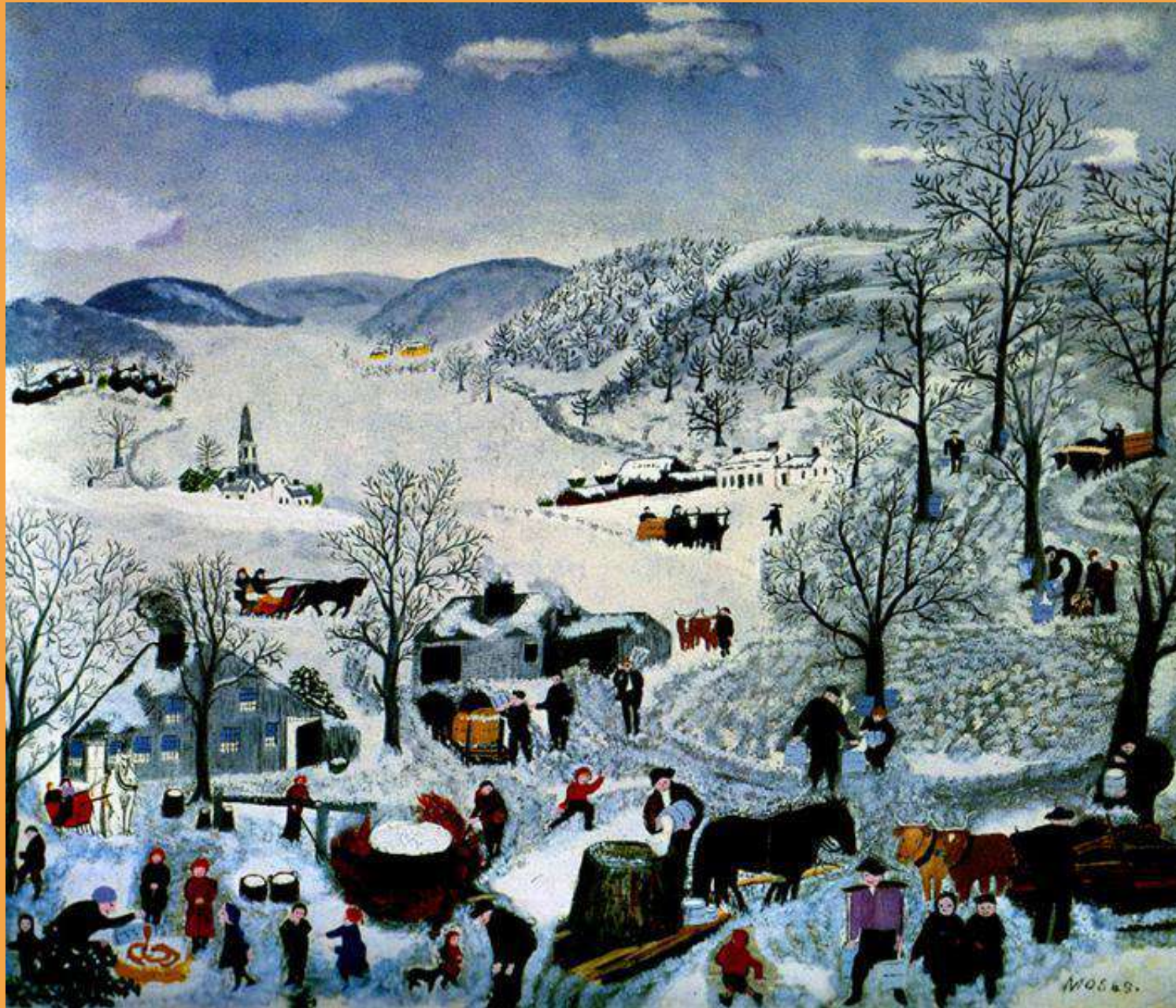
# INVECCHIAMENTO FISIOLOGICO

Le modificazioni delle funzioni cognitive che si possono riscontrare con l'età, quali ad esempio un rallentamento nei processi di apprendimento o modificazioni della velocità di esecuzione delle prove di performance, sono stabili e non hanno impatto funzionale poiché l'anziano normale riesce a compensare in modo efficace queste alterazioni

Blazer et al., 2015







Sugaring Off 1943

Grandma Moses  
(1860-1961)



# COS'È LA DEMENZA

**La demenza è  
l'impossibilità di capire  
il mondo e di pensarlo.  
Non si riconosce un  
proprio familiare, si  
ignora di avere un nome  
e quale. Il tempo ha  
perduto il senso della  
durata e nessuno ha più  
un'età**

**V.Andreoli**

**“L'alzheimer è il male  
dell'oblio. E' un abisso di  
ombre che ci toglie ogni  
luce.”**

**“L'Alzheimer è una  
malattia così terribile che  
non ti uccide nemmeno. Ti**

**Desiderare di vederti in ordine  
significava non averti perso del tutto.  
Significava restituirti la dignità.  
Significava riconoscerti, ritrovarti.  
Significava cercare di trovare un  
senso.**

**Significava cercare di rimanere a  
galla, per non precipitare...  
Perché l'Alzheimer è come un gorgo,  
trascina tutti giù... in un vortice  
assoluto.  
E. Corgi**

**Alla fine non rimane  
che un guscio vuoto: la  
mente dell'individuo, la  
sua personalità, le sue  
caratteristiche e le  
sue qualità, la sua  
storia vanno perdute.  
M. Spitzer**

# DEFINIZIONI

*Il termine demenza definisce una compromissione stabile delle funzioni cerebrali superiori acquisite ed esclude tutti gli stati di insufficienza mentale transitoria o secondaria a sviluppo deficitario. Il concetto di demenza implica un'incapacità da parte dell'individuo affetto di rispondere alle proprie esigenze quotidiane.*

*Treccani*

La demenza è un disturbo acquisito caratterizzato da un declino della cognizione che coinvolge uno o più domini cognitivi. I deficit devono rappresentare un declino rispetto al precedente livello di funzionalità ed essere abbastanza gravi da interferire con la funzione quotidiana e l'indipendenza.

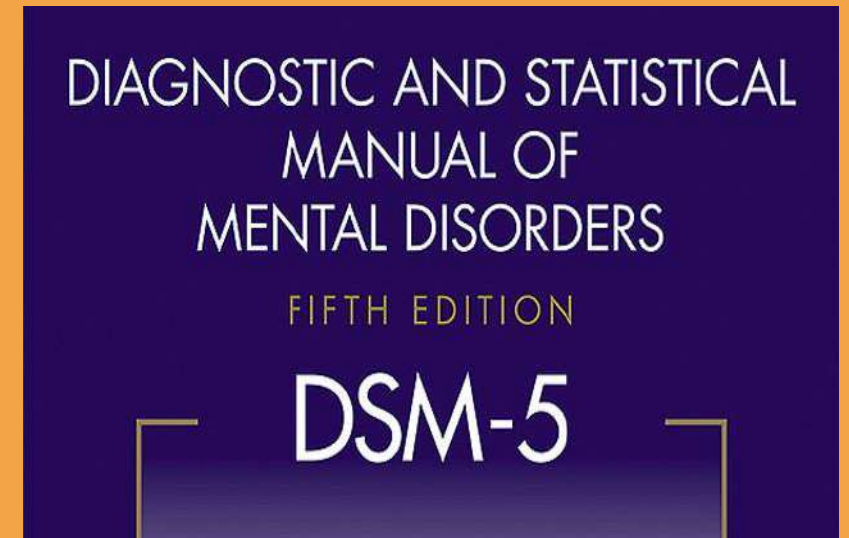
*UpToDate*

Per demenza si intende genericamente una condizione di disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali che porta a un declino delle facoltà cognitive della persona.

ISS

# DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE DSM V

- Nel DSM V viene coniato il nuovo termine Disturbo neurocognitivo.
- In particolare:
  - a. MILD COGNITIVE IMPAIREMENT (MCI)” viene sostituito da disturbo neurocognitivo minore (DNCm),
  - b. DEMENZA viene sostituito da disturbo neurocognitivo maggiore (DNCM).
- Tali condizioni vanno distinte dal DELIRIUM



# DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE DSM V

- A. Riduzione significativa da un livello precedente di performance in uno o più dei domini cognitivi seguenti: apprendimento e memoria, linguaggio, funzione esecutiva, funzione attentiva complessa, funzione motoria, capacità sociale
- B. I deficit interferiscono con l'indipendenza nella attività di vita quotidiana
- C. Il disturbo cognitivo non è presente unicamente nel contesto di un delirio
- D. Il disturbo cognitivo non è spiegato da una patologia alternativa (quali un disturbo depressivo maggiore o schizofrenia)

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS

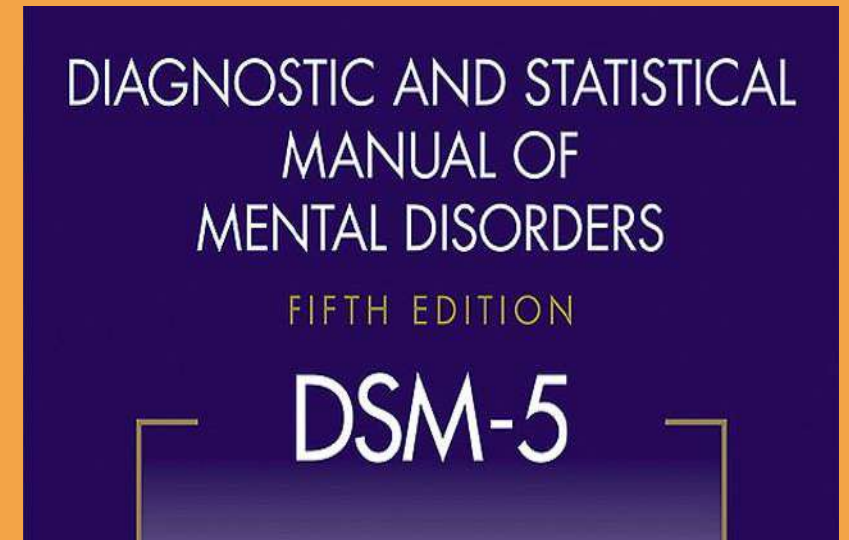
FIFTH EDITION

DSM-5



# DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE DSM V

1. DNCm (deficit neurocognitivo minore) o MCI: è uno stadio clinico intermedio tra una funzione cognitiva normale e un DNCM;
2. può, ma non necessariamente deve, essere un precursore di un DNCM.
3. In effetti un DNCm può essere una condizione clinica reversibile quale espressione di un disturbo timico, l'effetto indesiderato di una farmacoterapia o il sintomo di una patologia sistemica.



# DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE DSM V

- MCI si caratterizza per la presenza di iniziale compromissione cognitiva che non determina un significativo impatto sulle attività della vita quotidiana.
- Gli MCI presentano rispetto alla popolazione sana rischio più elevato di evoluzione a demenza anche se risulta difficile predirne la tempistica e la prognosi a lungo termine.
- Infatti non tutti i soggetti con MCI evolvono a demenza: alcuni rimangono stabili ed altri addirittura presentano una regressione dei sintomi.
- Tuttavia se il deficit cognitivo è isolato a carico della memoria e si associa a marcatori caratteristici il soggetto è ad alto rischio di evolvere verso la demenza di Alzheimer (3-4 volte superiore)

# EPIDEMIOLOGIA

- Nel 2019 oltre 55 milioni di persone nel mondo convivevano con la demenza.
- Si stima che saranno 75 milioni entro il 2030 e 139 milioni entro il 2050, con circa 10 milioni di nuovi casi all'anno (1 ogni 3 secondi).
- La stima dei costi è oltre 1 trilione di dollari all'anno, con un incremento progressivo e una continua sfida per i servizi sanitari.



# EPIDEMIOLOGIA

- Secondo i dati dell'OMS la malattia di Alzheimer e le altre demenze rappresentano la 7^ causa di morte nel mondo.
- La prevalenza della demenza aumenta con l'età:
  - a. 8% negli ultrasessantacinquenni
  - b. > 20% dopo gli ottanta anni.

# EPIDEMIOLOGIA IN ITALIA

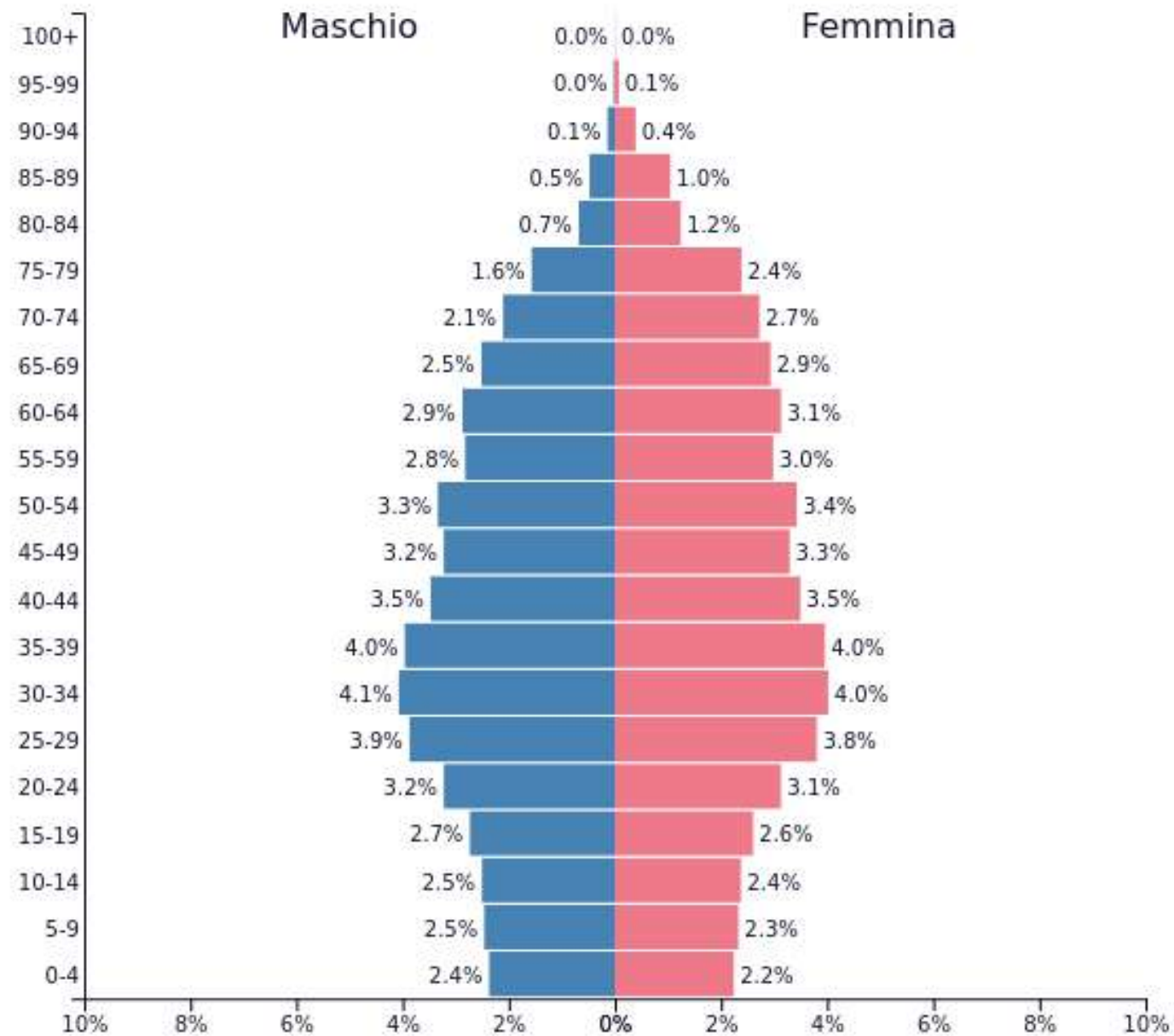


- In Italia nel 2051 ci saranno 280 anziani ogni 100 giovani, con aumento di tutte le malattie croniche legate all'età, e tra queste le demenze.
- Attualmente il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre 1 milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nella loro assistenza, con conseguenze anche sul piano economico e organizzativo.

# FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI

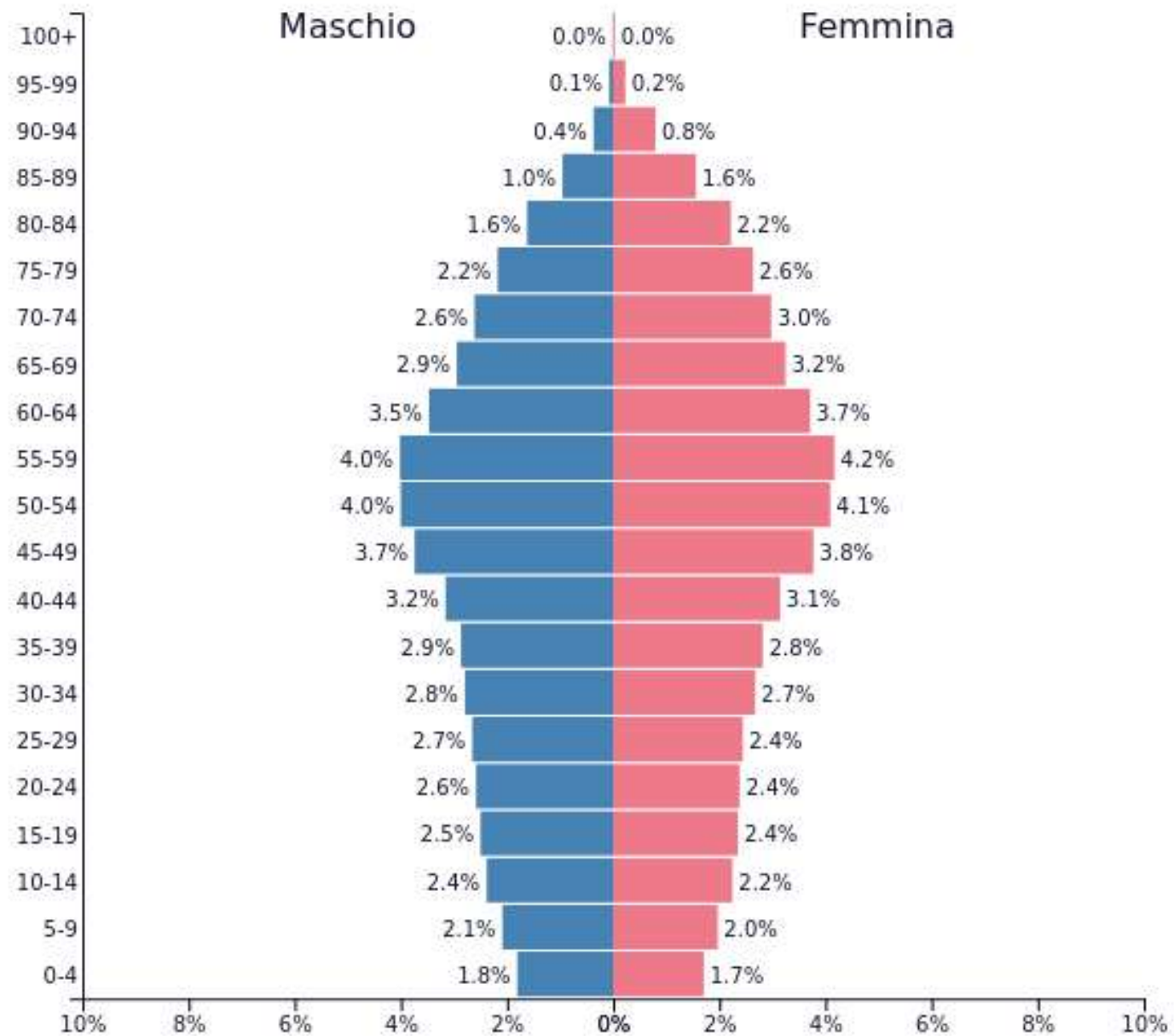
- Età
- Sesso (F>M)
- Genetica (allele ε4 di APOE)
- Sindrome di Down





PopulationPyramid.net

**Italia - 2000**  
Popolazione: : **56,966,397**



PopulationPyramid.net

**Italia - 2023**  
Popolazione: : **58,870,762**

# FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

- Stile di vita
  - ✓ Fumo
  - ✓ Abuso etilico
  - ✓ Attività fisica
  - ✓ Obesità
- Fattori sanitari
  - ✓ Dislipidemia
  - ✓ Iperglicemia
  - ✓ Ipertensione
  - ✓ Diabete
  - ✓ Ipoacusia, Ipovisus
- Fattori di tipo sociale
  - ✓ Bassa scolarità
  - ✓ Isolamento sociale





# 12 dementia risk factors



Source: Livingston et al. A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission

[www.alzint.org](http://www.alzint.org)

# SEDENTARIETÀ



- Numerosi studi dimostrano che l'attività fisica è un fattore protettivo rispetto all'eventualità di sviluppare demenza.
- Non vi sono dati univoci rispetto all'intensità dell'esercizio fisico e la frequenza con cui debba essere praticato, verosimilmente è necessario un adattamento in base a sesso, età, allenamento



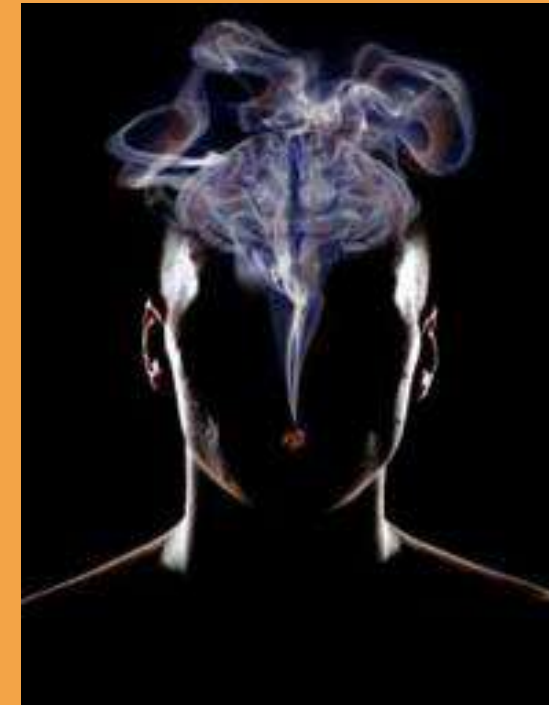
# SEDENTARIETÀ



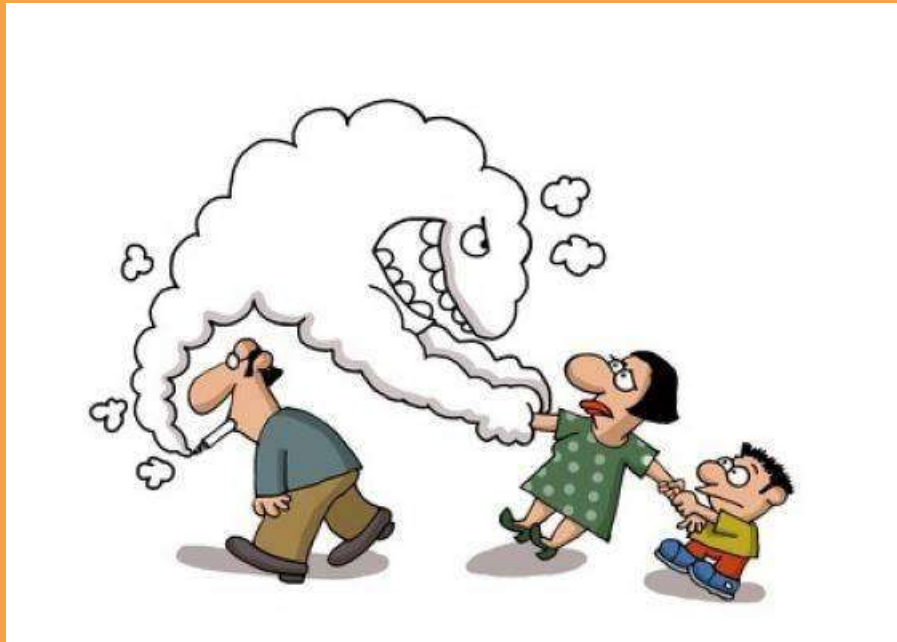
- Le linee guida dell'OMS pubblicate nel 2017 hanno concluso che l'attività fisica ha un minimo effetto protettivo nelle persone cognitivamente conservate e un certo beneficio nelle persone affette da MCI, in particolare per quanto riguarda l'attività di tipo aerobico.

# FUMO

- I fumatori corrono un rischio maggiore di demenza rispetto ai non fumatori oltre ad un rischio più elevato di morte prematura prima di raggiungere l'età in cui potrebbero sviluppare demenza.
- Smettere di fumare, anche in età avanzata, riduce questo rischio.
- Mantenere astinenza dal fumo per più di 4 anni, rispetto a continuare, riduce in modo sostanziale il rischio di demenza negli 8 anni successivi



# FUMO



- Uno studio ha indicato che nelle donne di età compresa tra 55 e 64 anni, l'esposizione al fumo passivo era associata a una maggiore esposizione deterioramento della memoria.
- Il rischio aumentava con la durata dell'esposizione a prescindere dagli altri fattori confondenti.

# ABUSO ALCOLICO



- L'eccessivo consumo alcolico è associato a modifiche della struttura cerebrale, cognitive impairment e demenza.
- La relazione tra abuso alcolico e demenza è particolarmente evidente per le demenze ad esordio precoce (età < 65aa).



# ABUSO ALCOLICO



- Bere meno di 21 unità di alcol a settimana (1 unità di alcol=12 ml o 8 g alcol puro) potrebbe essere associato a un minor rischio di demenza.
- Un altro studio dimostra che bere più di 14 unità alcoliche a settimana era anche associato ad atrofia dell'ippocampo destro sulla risonanza magnetica

# INQUINAMENTO



- Modelli animali suggeriscono che gli inquinanti particolati presenti nell'aria accelerano i processi di neurodegenerazione attraverso:
  - azione diretta a carico del cervello,
  - malattie cardiovascolari,
  - deposizione di A $\beta$  ed incremento di produzione di proteine precursori.
- Non sono disponibili dati definitivi

# TRAUMI CRANICI



- I traumi cranici in particolare quelli associati a fratture del cranio, edema o sanguinamento, predispongono al deterioramento cognitivo.
- Il rischio sembra essere maggiore nei primi 6 mesi dopo il trauma.
- Popolazioni ad alto rischio di traumi cranici: veterani, autisti, boxe o altri sport estremi.

# ISOLAMENTO SOCIALE

- Una revisione sistematica e una meta-analisi che include 812.047 persone dimostra che il rischio di demenza è più elevato nei single e nei vedovi rispetto alle persone sposate a prescindere dai diversi contesti socioculturali.
- Elevati contatti sociali si associano ad una migliore funzione cognitiva in età avanzata.
- Pochissimi studi vanno ad esaminare gli effetti di interventi sociali, un piccolo studio condotto in persone over 60 inseriti in gruppi di incontro e discussione dimostrava un miglioramento delle performance cognitive.





# DEPRESSIONE



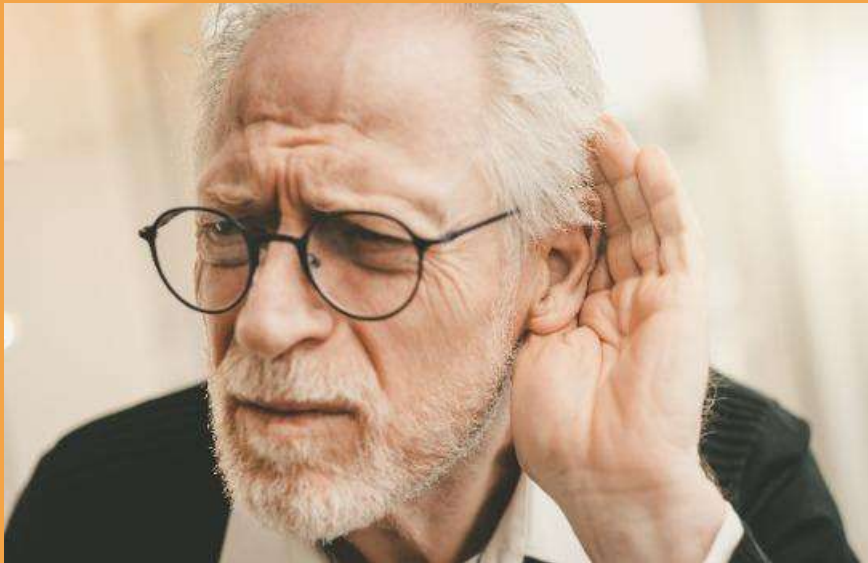
- La depressione è associata all'incidenza di demenza, con una varietà di possibili fattori psicologici o meccanismi fisiologici.
- La depressione è anche uno dei più comuni BPSD associati alla demenza in particolare nella fase prodromica e negli stadi più precoci.
- La depressione per queste ragioni entra spesso in diagnosi differenziale con l'esordio di un disturbo neurocognitivo.

# DEPRESSIONE

- Uno studio australiano condotto su 755 persone affette da MCI e con storia di depressione dimostrava che un trattamento prolungato con SSRI di lunga durata (oltre 4 anni) aveva effetto ritardante su esordio di disturbo neurocognitivo maggiore.
- Le persone trattate con antidepressivi avrebbero dunque una differente evoluzione di patologia.



# IPOACUSIA



- L'ipoacusia è un importante fattore di rischio per deterioramento cognitivo.
- Alcuni studi hanno riscontrato una correlazione diretta tra severità dell'ipoacusia ed entità del deterioramento cognitivo.
- Uno studio addirittura dimostra nei soggetti con ipoacusia una riduzione volumetrica del lobo temporale inclusi ippocampo e corteccia entorinale.

Armstrong NM et al, *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2019

# IPOACUSIA



- L'utilizzo di apparecchi acustici è un fattore protettivo rispetto alla possibilità di sviluppare demenza.
- Il deterioramento cognitivo rappresenta un'importante limitazione alla compliance dei pazienti alle protesi.

# EDUCAZIONE & LAVORO



- Livelli di istruzione elevati nell'infanzia e in generale per tutta la durata della vita riducono il rischio di demenza
- La capacità cognitiva complessiva aumenta con l'istruzione, raggiungendo un plateau nella tarda adolescenza.
- Svolgere lavori cognitivamente più impegnativi (problem solving) sembra ridurre il rischio di sviluppare deterioramento cognitivo sia prima che dopo il pensionamento.



# EDUCAZIONE & LAVORO



- Uno studio durato 12 anni su 1658 persone ha riscontrato che l'età pensionabile è più elevata era associato minor rischio di demenza.
- Al contrario il maggior numero di anni lavorati non sembrerebbe essere protettivo.

# EDUCAZIONE & LAVORO

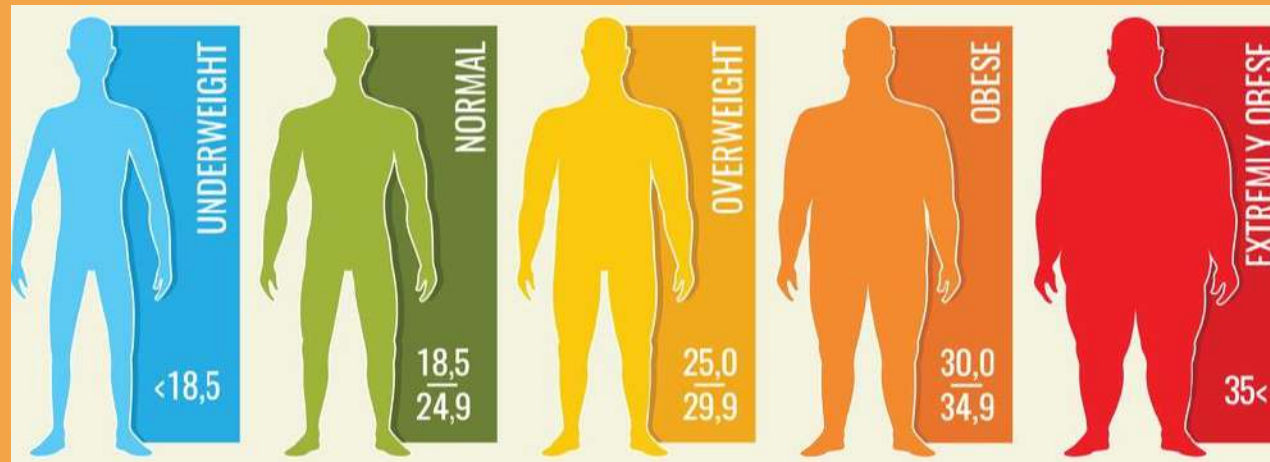


- Mantenere attività cognitivamente stimolanti (viaggiare, parlare una seconda lingua, suonare strumenti, scrivere e leggere) dopo i 65 aa aiuta a stabilizzare le competenze cognitive a prescindere dall'educazione.



# OBESITÀ

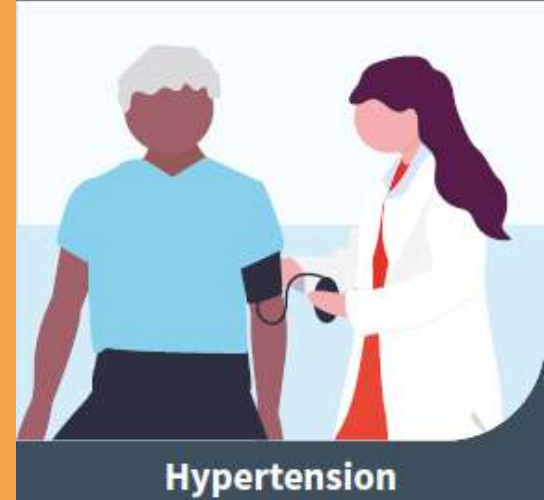
$$BMI = \frac{\text{PESO (in kg)}}{\text{ALTEZZA} \times \text{ALTEZZA (in metri)}}$$



- Forti evidenze scientifiche dimostrano che vi è una correlazione diretta tra l'incremento del BMI e l'incidenza di demenza.
- Un più elevato indice di massa corporea misurato in fase preclinica e prodromica di demenza si associa ad un aumento di rischio di sviluppare demenza.



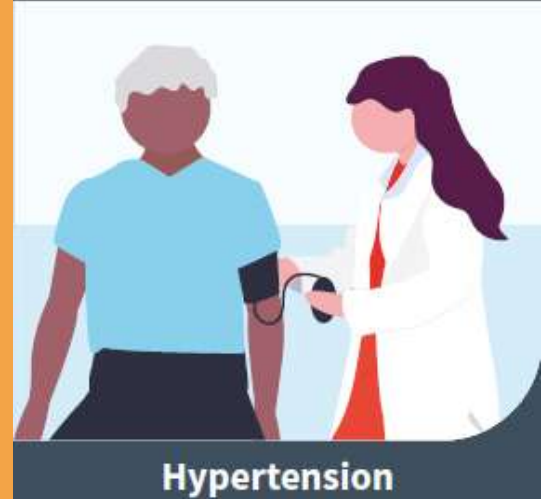
# IPERTENSIONE



- In uno studio di coorte inglese, il singolo riscontro di ipertensione sistolica ( $PAS \geq 130$  mmHg) era un fattore di rischio significativo per sviluppo di demenza nei soggetti fino ai 50 anni, ma non nei soggetti tra i 60 e i 70.
- Nei soggetti con pressione arteriosa sistolica persistente tra 45 e 61 anni il rischio di demenza era aumentato anche in assenza di altri fattori di rischio cardiovascolari rispetto ai soggetti senza ipertensione.



# IPERTENSIONE



Hypertension

- In letteratura sono presenti numerosi e importanti studi che hanno valutato le singole classi di antipertensivi e tutti hanno dimostrato una riduzione del rischio di demenza (sia demenza di tipo vascolare che AD clinicamente diagnosticato).
- Non sembra esservi differenza significativa tra i diversi tipi di farmaci disponibili (diuretici, betabloccanti, calcio antagonisti, ACE inibitori)



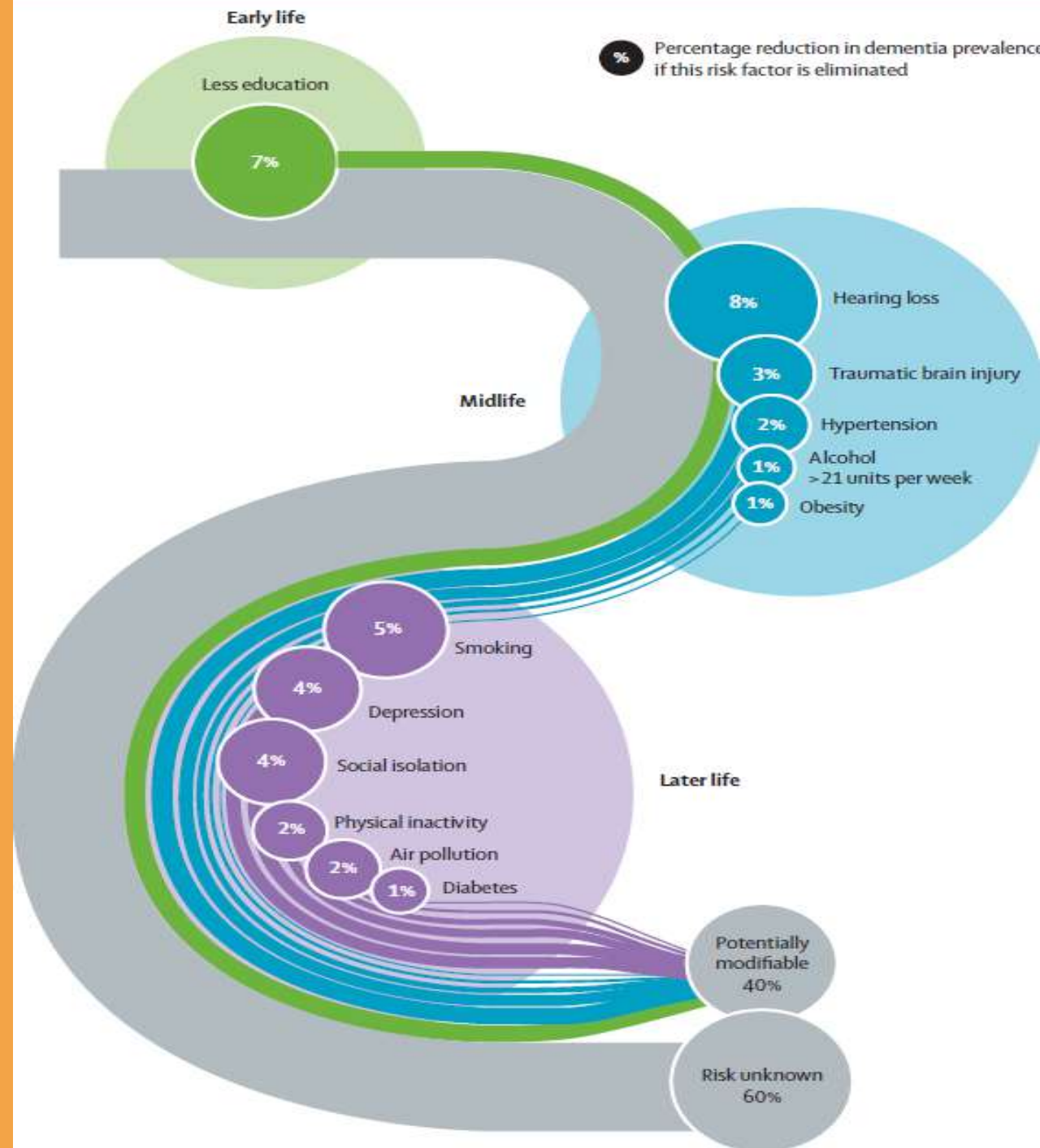
# DIABETE



- Esistono prove scientifiche estremamente forti che il diabete incrementi il rischio di deterioramento cognitivo.
- Il rischio di demenza è direttamente correlato alla severità e alla durata del diabete.
- Non sembra che vi siano significative differenze tra le diverse classi di farmaci disponibili.

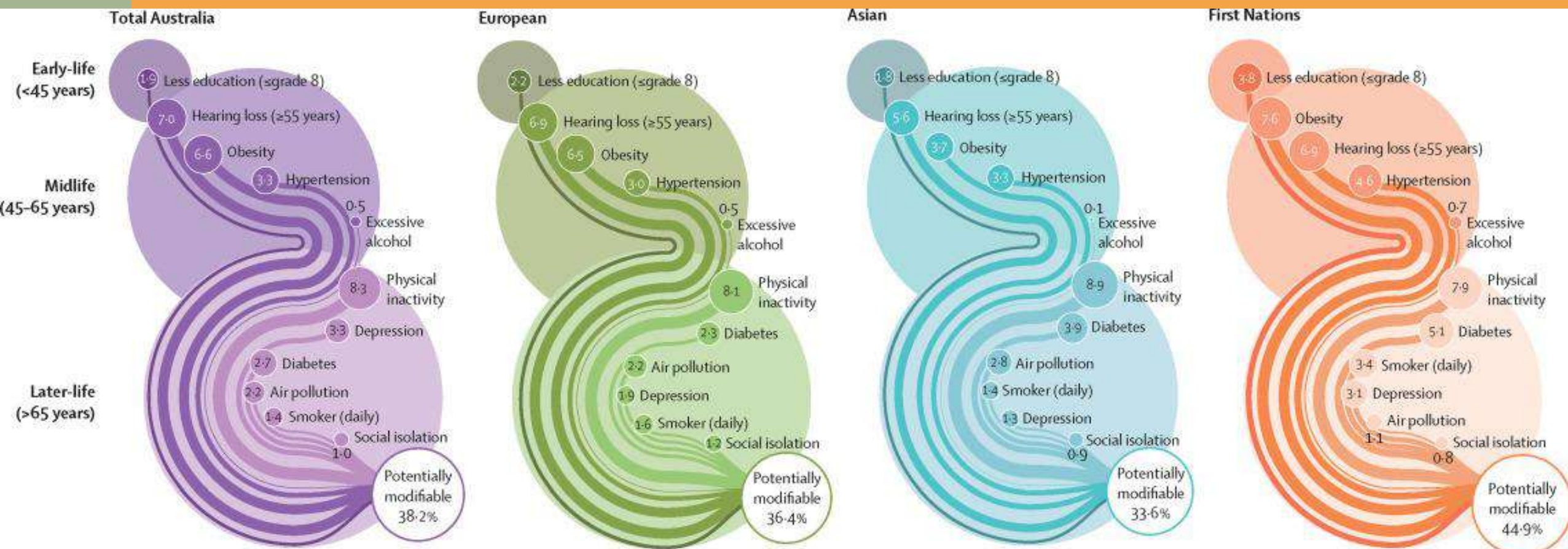
# FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

Gill Livingston et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 2020; 396: 413–46





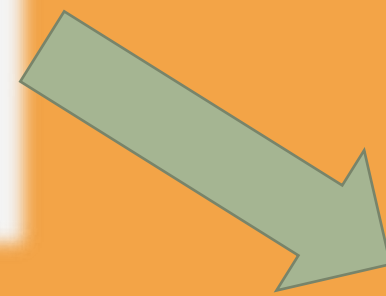
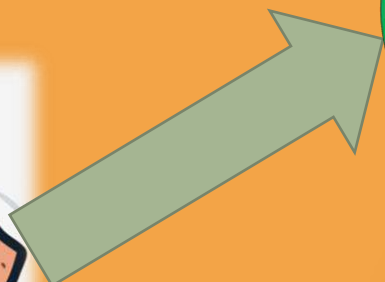
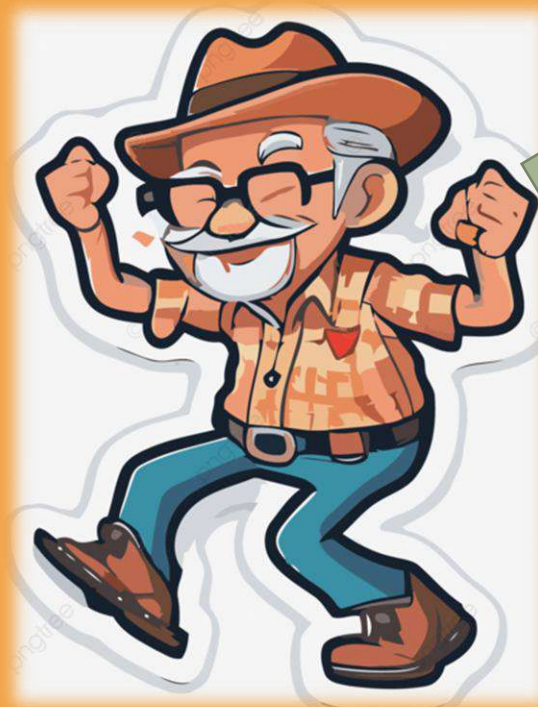
# FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI





# CONCLUSIONI

- Invecchiamento fisiologico e deterioramento cognitivo sono due processi distinti
- Il disturbo neurocognitivo o demenza è una compromissione della performance cognitiva dell'individuo che può interessare uno o più domini. Viene definito maggiore quando l'entità è tale da compromettere le attività di vita quotidiana.
- Esistono fattori di rischio non modificabili per demenza (età, sesso, fattori genetici) e fattori di rischio invece modificabili
- Questi ultimi sono oggetto di intervento nei pazienti con deterioramento cognitivo già presente ma soprattutto devono diventare bersaglio di campagne di prevenzione rivolte alla popolazione generale.







IO SONO IN FORMA



TONDA È UNA FORMA!

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**



# *Aspetti Cognitivi nella Demenza*

---

## *ASPETTI COGNITIVI NELLA DEMENZA*

*UOC Clinica Neurologica – Rete Metropolitana (NeuroMet)  
IRCCS, Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna*

*Luisa Sambati  
luisa.sambati@ausl.bologna.it  
27/03/2024  
ore 15:00 – 16:30*

---

# Demenza

Derivazione modifica. dal latino dementia che deriva da demens cioè "demente".

**demènte** = *lat.* DEMÈNTEM accusat. di  
DÈMENS comp. della partic. DE *via da in-*  
*dicante allontanamento* e MENS *mente* (v.  
q. voce). — Uscito di mente, che ha per-  
duto il senno, Folle.  
Deriv. *Demènza* (*lat.* d e m è n t i a).

mén-te s. f. [lat. mens mēntis, affine al lat. meminisse e al gr. μινύσκω «ricordare»].

Il complesso delle facoltà umane che più specificamente si riferiscono al pensiero, e in particolare quelle intellettive, percettive, mnemoniche, intuitive, volitive, nella integrazione dinamica che si attua nell'uomo.

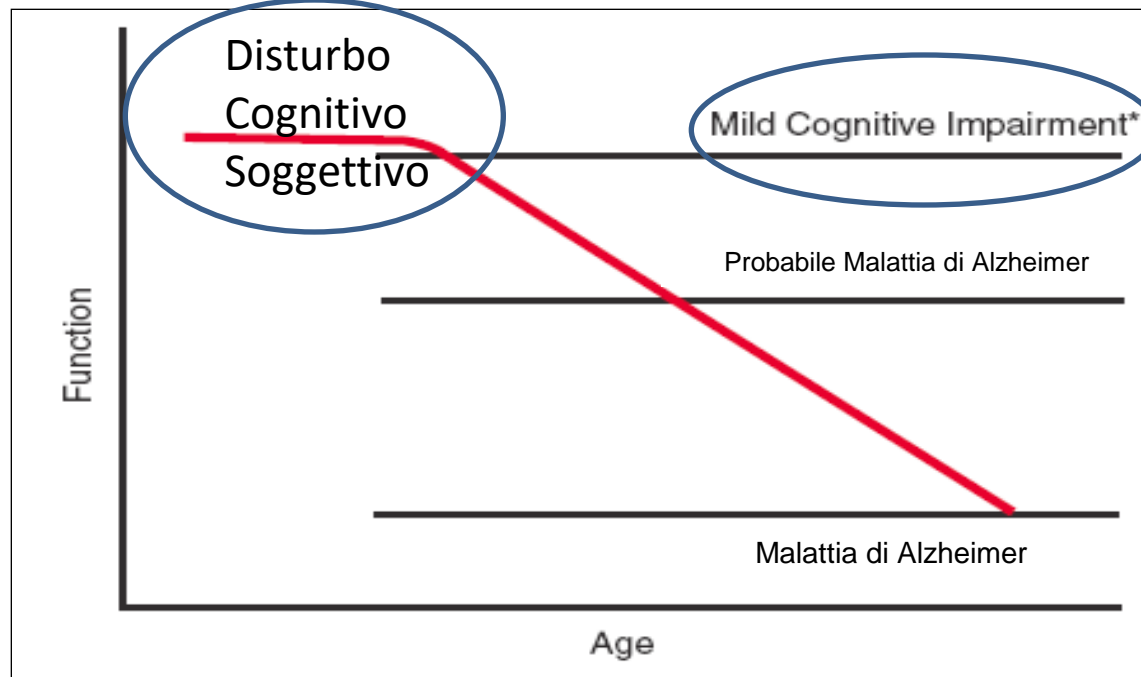
# Cosa non bisogna sottovalutare



**La demenza non fa parte del normale invecchiamento.  
Se hai questi sintomi parlane con il tuo medico di famiglia.**



invecchiamento  
in salute



Modificato da Petersen, 2004.

# Cosa non bisogna sottovalutare

## La perdita di memoria che sconvolge la vita quotidiana

dimenticare informazioni apprese di recente.

dimenticare date o eventi importanti, chiedere le stesse informazioni più volte, un sempre maggiore bisogno di contare su strumenti di ausilio alla memoria (ad esempio, note di promemoria o dispositivi elettronici) o su membri della famiglia per cose che si era soliti gestire in proprio.

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?** A volte, il dimenticare i nomi o gli appuntamenti, ma ricordarli più tardi.

## Sfide nella programmazione o nella soluzione dei problemi

cambiamenti nella loro capacità di sviluppare e seguire un programma o lavorare con i numeri. difficoltà a concentrarsi, e impiegano molto più tempo di prima per fare le cose.

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?** Fare errori occasionali quando si cerca di far quadrare un libretto di assegni

## Difficoltà nel completare gli impegni familiari a casa, al lavoro o nel tempo libero

difficoltà a completare le attività quotidiane. A volte, possono avere problemi per guidare l'auto verso un luogo familiare, per gestire un budget al lavoro o ricordare le regole di un gioco preferito.

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?** Occasionalmente avere bisogno di aiuto per utilizzare le impostazioni di un forno a microonde o per registrare un programma televisivo.

## Confusione con tempi o luoghi

perdere il senso delle date, delle stagioni e del passare del tempo.

difficoltà a capire qualcosa se non avviene immediatamente.

possono dimenticarsi dove si trovano o come sono arrivati lì.

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?** Confondersi circa il giorno della settimana, ma comprenderlo in seguito.

# Cosa non bisogna sottovalutare

## **Nuovi problemi con le parole nel parlare o nello scrivere**

difficoltà a seguire o a partecipare a una conversazione.

possono fermarsi nel bel mezzo di una conversazione e non avere alcuna idea di come continuare, oppure può accadere che si ripetano. Potrebbero lottare con il vocabolario, avere problemi a trovare la parola giusta o chiamare le cose con il nome sbagliato (ad esempio, chiamare "orologio a mano" un "orologio da polso").

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?** A volte, avere problemi a trovare la parola giusta.

## **Non trovare le cose e perdere la capacità di ripercorrere i propri passi**

Possono perdere le cose e non essere in grado di tornare sui propri passi per trovarle di nuovo.

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?**

Perdere le cose di tanto in tanto e ripercorrere i propri passi per trovarle.

## **Ridotta o scarsa capacità di giudizio**

scarsa capacità di giudizio nel maneggiare il denaro, dando forti somme di denaro agli addetti al telemarketing. Possono prestare meno attenzione alla cura della propria persona o a tenersi puliti.

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?** Prendere una decisione sbagliata di tanto in tanto.

# Cosa non bisogna sottovalutare

## Ritiro dal lavoro o dalle attività sociali

problemi nell'aggiornarsi sulla squadra sportiva preferita o nel ricordare come completare un hobby favorito.

evitare di socializzare a causa dei cambiamenti che hanno vissuto.

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?** A volte sentirsi stanco degli obblighi di lavoro, familiari e sociali.

## Cambiamenti di umore e di personalità

possono diventare confusi, sospettosi, depressi, spaventati o ansiosi.

Possono essere facilmente suscettibili a casa, al lavoro, con gli amici o nei luoghi nei quali sono al di fuori della loro zona di comfort.

Riduzione dell'iniziativa

**Qual è un tipico cambiamento legato all'età?** Sviluppare modi molto specifici di fare le cose ed irritarsi quando una routine viene interrotta.



**Funzioni cognitive**

The Invisible Gorilla: And Other Ways Our Intuitions Deceive Us

## IL MODELLO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COGNITIVO E' DIFFERENTE DALL'USO CHE SI FA DI TALE MODELLO NELLA PRATICA CLINICA

PERCEZIONE

PRASSIE

LINGUAGGIO

MEMORIA

FUNZIONI ESECUTIVE

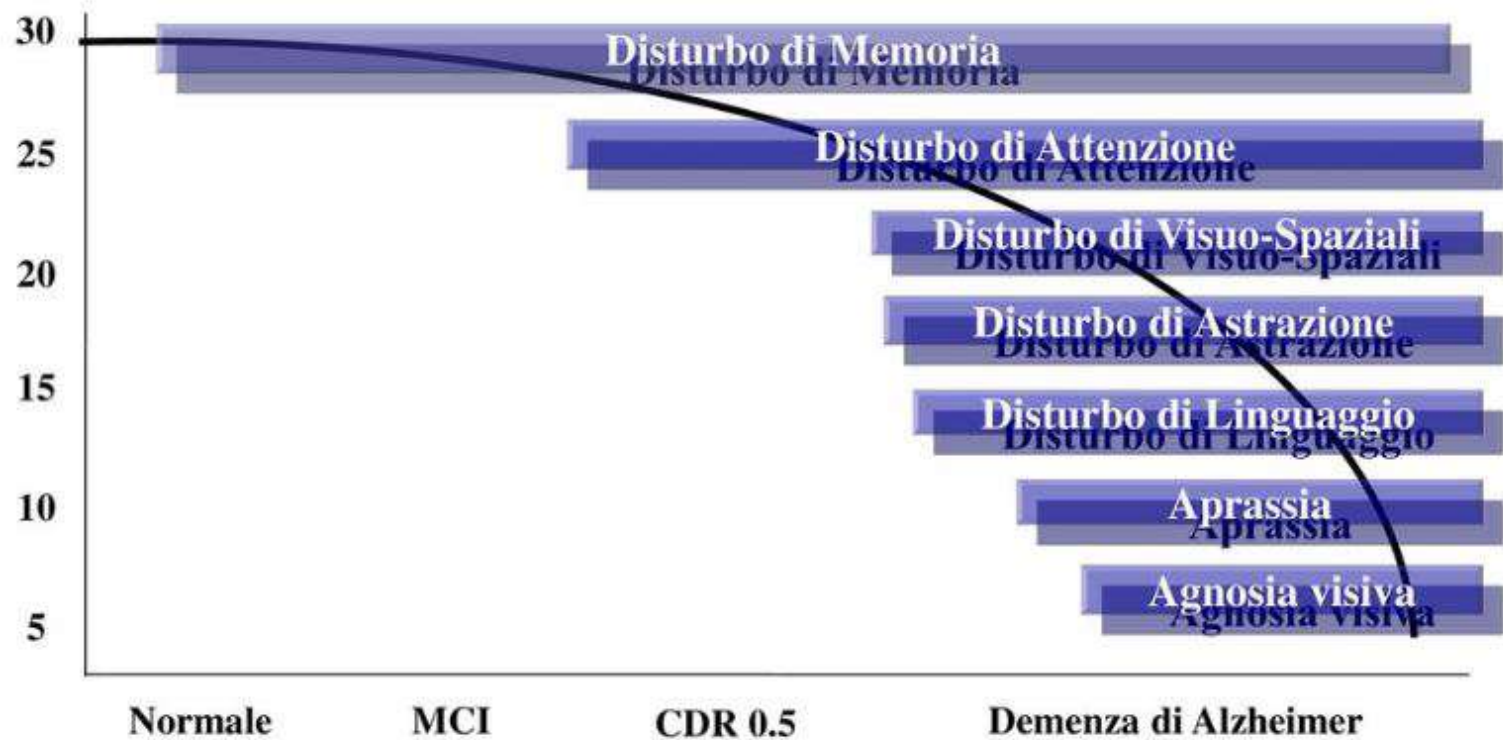
ATTENZIONE

VIGILANZA

- integrità del sistema della sensibilità
- integrità del sistema del movimento
- integrità eloquio, movimento

# Evoluzione

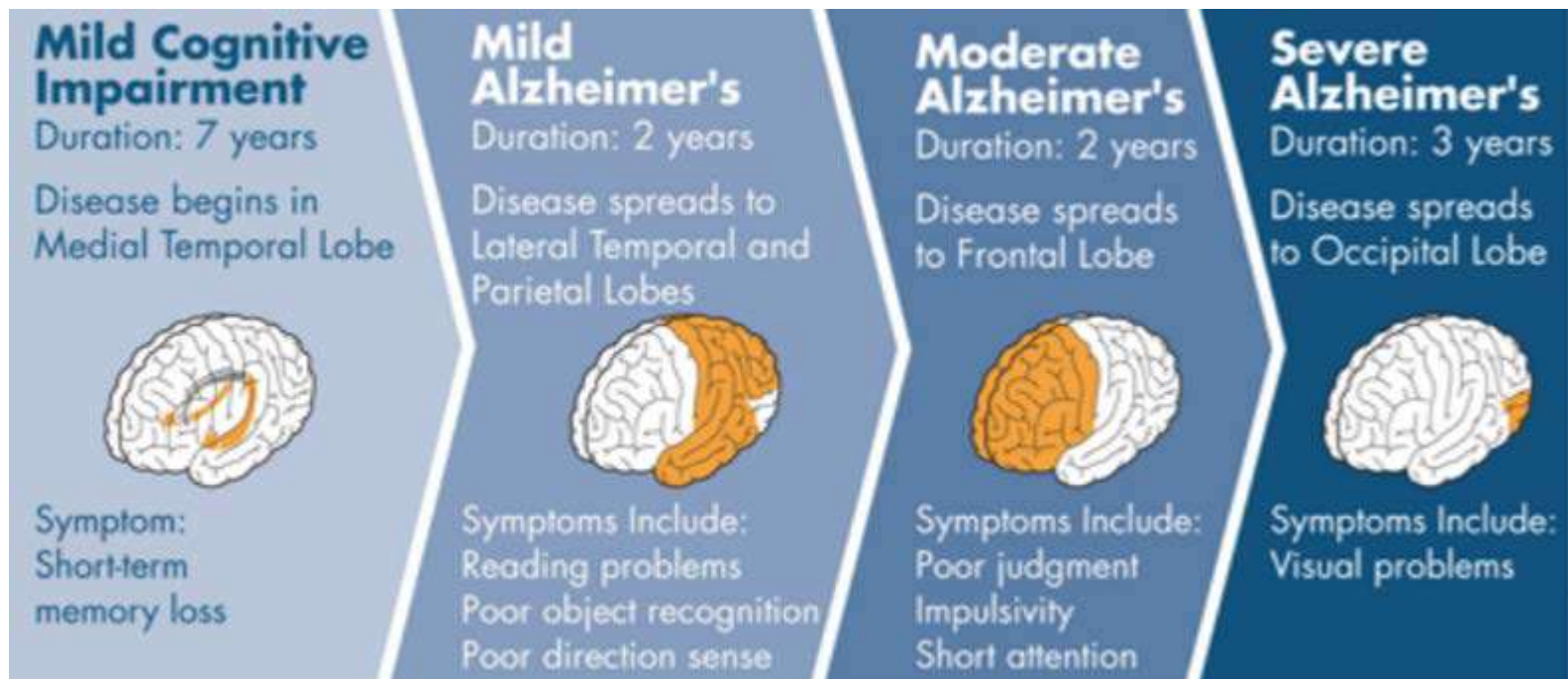
MMSE





# Evoluzione

Il coinvolgimento di questi domini cognitivi è coerente con l'estensione delle lesioni della malattia.



# A cosa serve ?

Dare indicazioni non solo rispetto alle funzioni cognitive deficitarie ma soprattutto rispetto a quelle residue che possono essere potenziate.

Dare indicazioni rispetto alla qualità dell'attività del paziente.

Dare indicazione rispetto alle possibili facilitazioni dell'attività del caregiver e delle relazioni.

Dare indicazioni rispetto alle possibili attività complementari da compiere.

## IL MODELLO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COGNITIVO E' DIFFERENTE DALL'USO CHE SI FA DI TALE MODELLO NELLA PRATICA CLINICA

PERCEZIONE

PRASSIE

LINGUAGGIO

MEMORIA

FUNZIONI ESECUTIVE

ATTENZIONE

VIGILANZA

- integrità del sistema della sensibilità
- integrità del sistema del movimento
- integrità eloquio, movimento

vigilanza si riferisce alle variazioni nella prestazione ad un compito che si osservano con il passare del tempo



## IL MODELLO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COGNITIVO E' DIFFERENTE DALL'USO CHE SI FA DI TALE MODELLO NELLA PRATICA CLINICA

PERCEZIONE

PRASSIE

LINGUAGGIO

MEMORIA

FUNZIONI ESECUTIVE

ATTENZIONE

VIGILANZA

- integrità del sistema della sensibilità
- integrità del sistema del movimento
- integrità eloquio, movimento

# Attenzione

processo cognitivo che permette di selezionare stimoli ambientali, ignorandone altri



# MATRICI ATTENZionali

attenzione selettiva

5

2	6	5	9	4	5	2	5	2	6
4	1	2	5	1	3	0	4	9	1
0	6	7	6	8	9	8	0	8	0
9	0	4	3	0	1	9	3	7	6
7	9	5	3	7	8	8	9	7	6
7	3	7	6	8	5	8	5	3	2
5	2	3	1	2	3	1	7	2	8
4	1	7	4	7	6	9	1	8	3
2	7	4	2	6	2	9	4	5	0
4	3	4	0	4	3	0	2	8	2
6	1	5	6	1	5	8	3	6	9
4	5	2	8	1	3	9	1	5	1
7	9	7	5	0	7	3	4	0	8

2 6

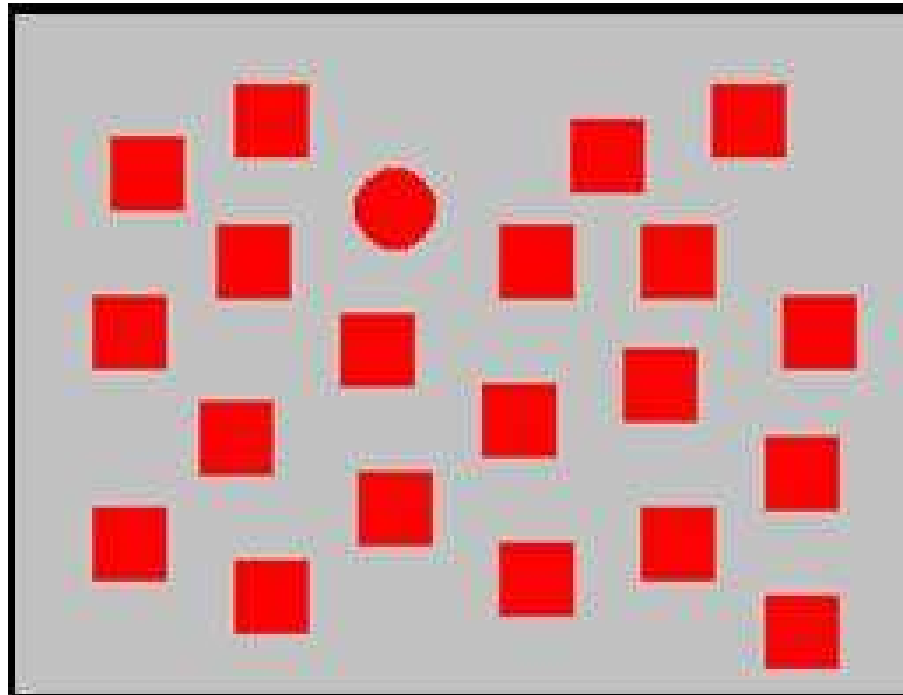
2	6	5	9	4	5	2	5	2	6
4	1	2	5	1	3	0	4	9	1
0	6	7	6	8	9	8	0	8	0
9	0	4	3	0	1	9	3	7	6
7	9	5	3	7	8	8	9	7	6
7	3	7	6	8	5	8	5	3	2
5	2	3	1	2	3	1	7	2	8
4	1	7	4	7	6	9	1	8	3
2	7	4	2	6	2	9	4	5	0
4	3	4	0	4	3	0	2	8	2
6	1	5	6	1	5	8	3	6	9
4	5	2	8	1	3	9	1	5	1
7	9	7	5	0	7	3	4	0	8

1 4 9

2	6	5	9	4	5	2	5	2	6
4	1	2	5	1	3	0	4	9	1
0	6	7	6	8	9	8	0	8	0
9	0	4	3	0	1	9	3	7	6
7	9	5	3	7	8	8	9	7	6
7	3	7	6	8	5	8	5	3	2
5	2	3	1	2	3	1	7	2	8
4	1	7	4	7	6	9	1	8	3
2	7	4	2	6	2	9	4	5	0
4	3	4	0	4	3	0	2	8	2
6	1	5	6	1	5	8	3	6	9
4	5	2	8	1	3	9	1	5	1
7	9	7	5	0	7	3	4	0	8

# Attenzione

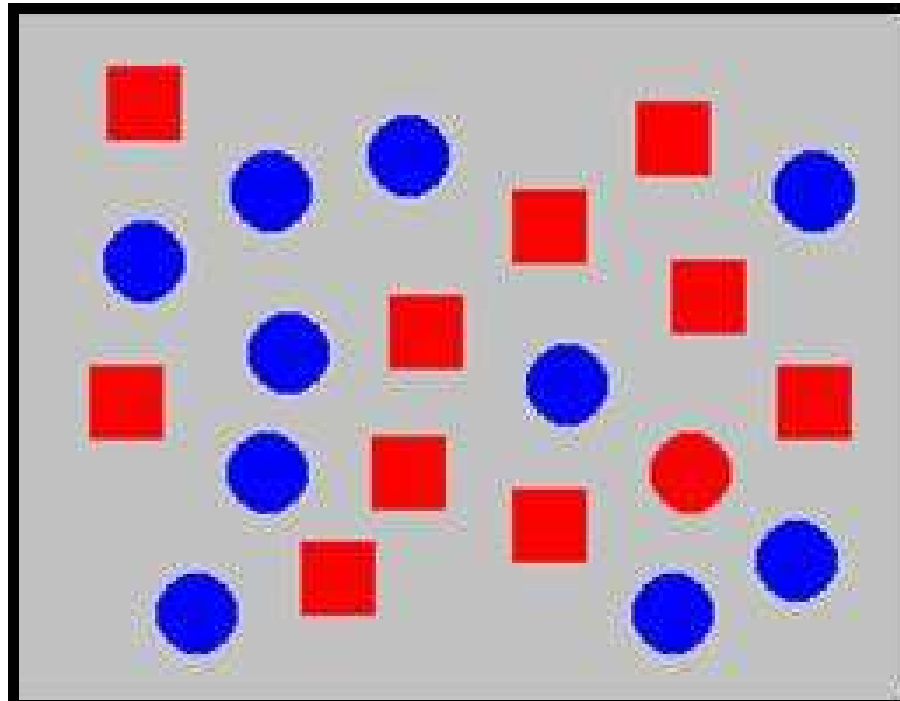
concentrarsi su uno stimolo specifico, senza farci distrarre da tutto il resto





# Attenzione

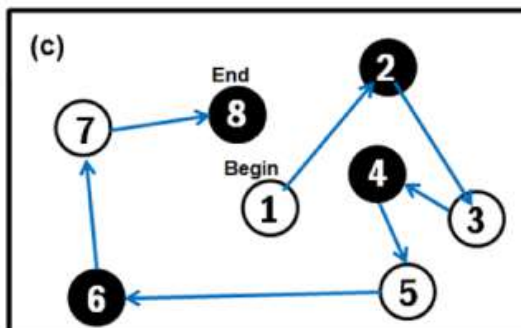
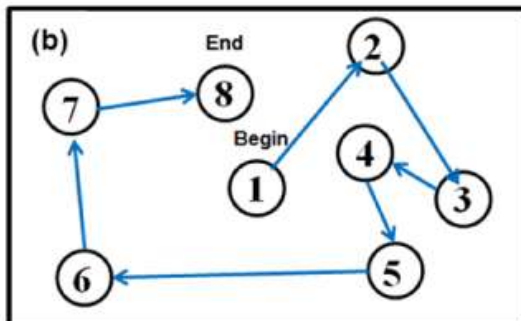
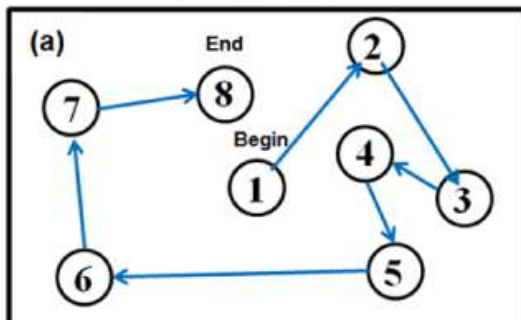
concentrarsi su uno stimolo specifico, senza farci distrarre da tutto il resto



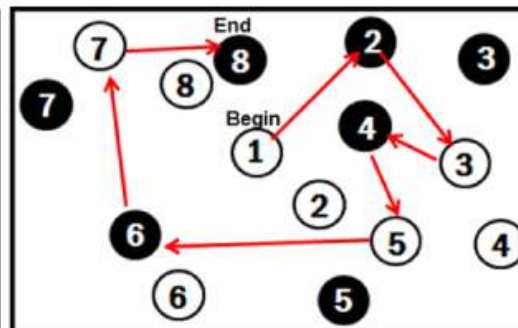
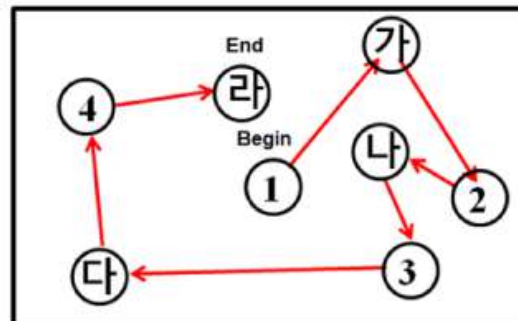
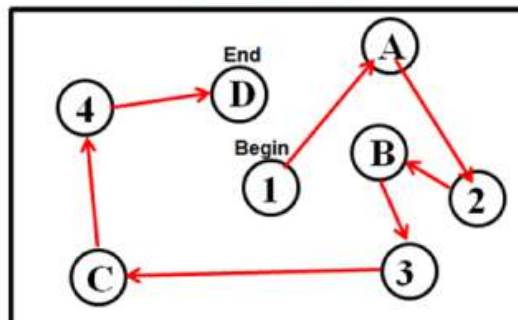
# Attenzione

attenzione divisa

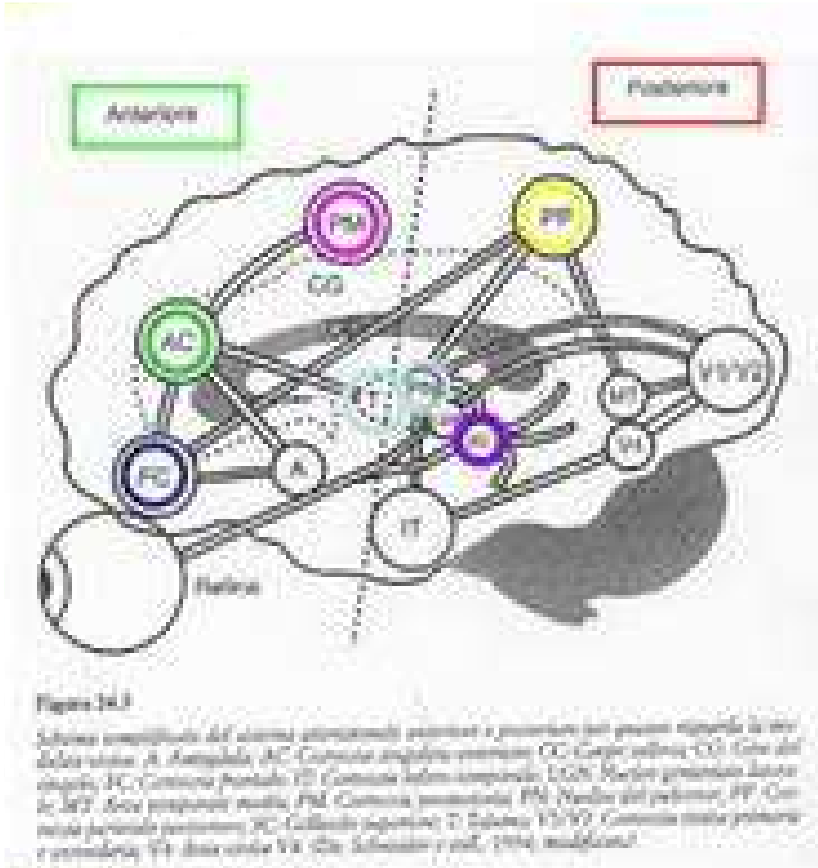
Part A



Part B



## Attenzione



## IL MODELLO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COGNITIVO E' DIFFERENTE DALL'USO CHE SI FA DI TALE MODELLO NELLA PRATICA CLINICA

PERCEZIONE

PRASSIE

LINGUAGGIO

MEMORIA

FUNZIONI ESECUTIVE

ATTENZIONE

VIGILANZA

- integrità del sistema della sensibilità
- integrità del sistema del movimento
- integrità eloquio, movimento



# Funzioni esecutive

- controllo attenzionale
- pianificare e organizzare
- flessibilità cognitiva
- valutazione e pensiero critico
- rispettare le regole
- ragionamento astratto e categorizzazione
- fare delle stime
- prendere decisioni e risolvere problemi
- controllo inibitorio
- memoria di lavoro

# Funzioni esecutive

**VERDE**

**ROSSO**

**BLU**

**VERDE**



**VERDE**

**BLU**

**ROSSO**

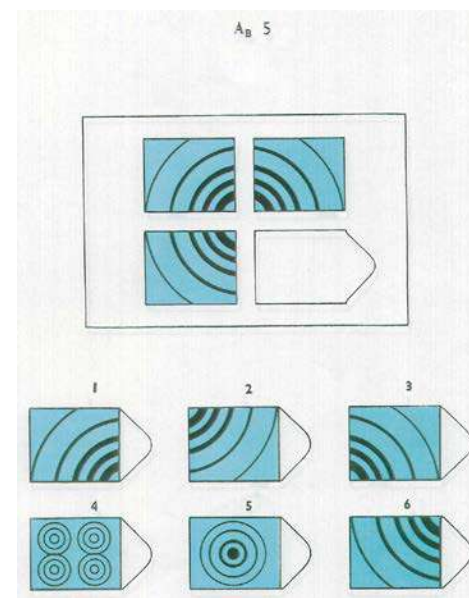
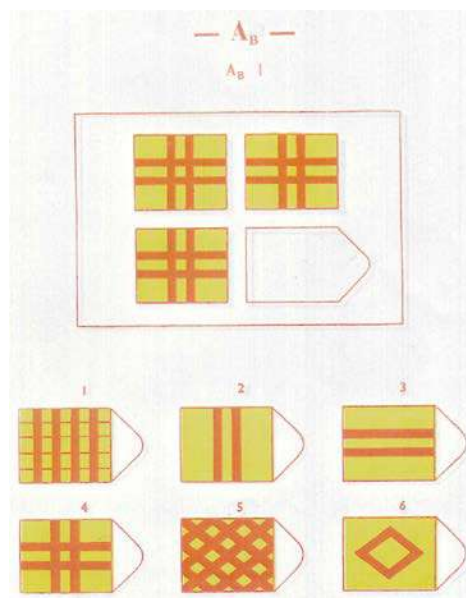
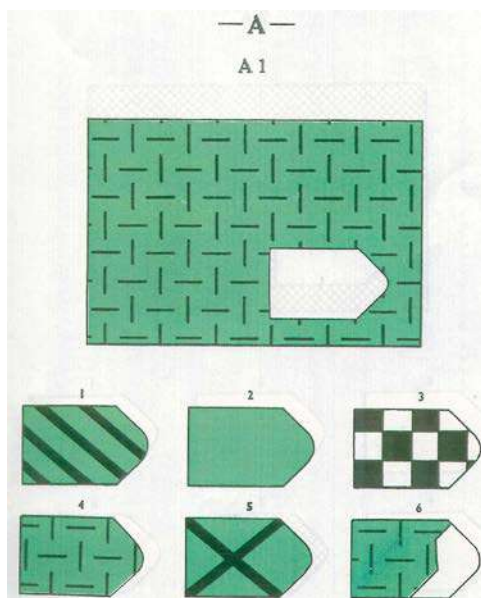
**ROSSO**

1) Lettura

2) Denominazione colori

3) Denominazione colore della parola

# MATRICI COLORATE DI RAVEN CPM47



# Funzioni esecutive

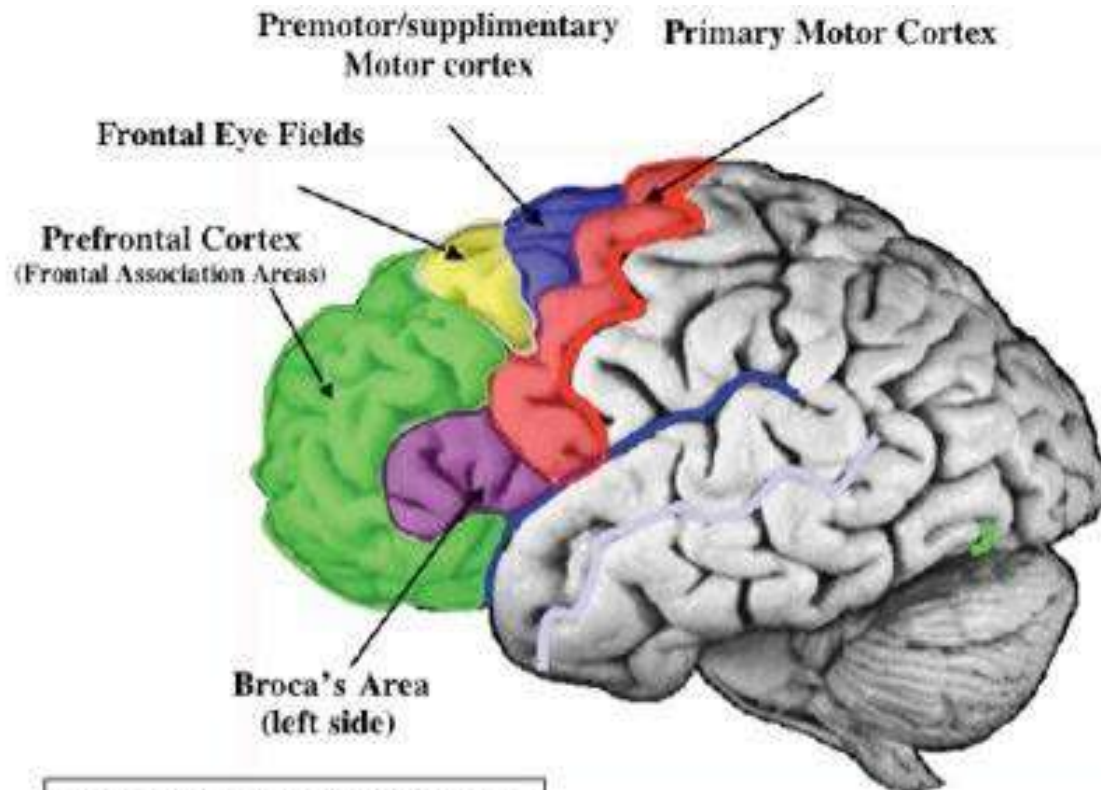


Figure 1-13. regions of the frontal lobe.



## IL MODELLO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COGNITIVO E' DIFFERENTE DALL'USO CHE SI FA DI TALE MODELLO NELLA PRATICA CLINICA

PERCEZIONE

PRASSIE

LINGUAGGIO

MEMORIA

FUNZIONI ESECUTIVE

ATTENZIONE

VIGILANZA

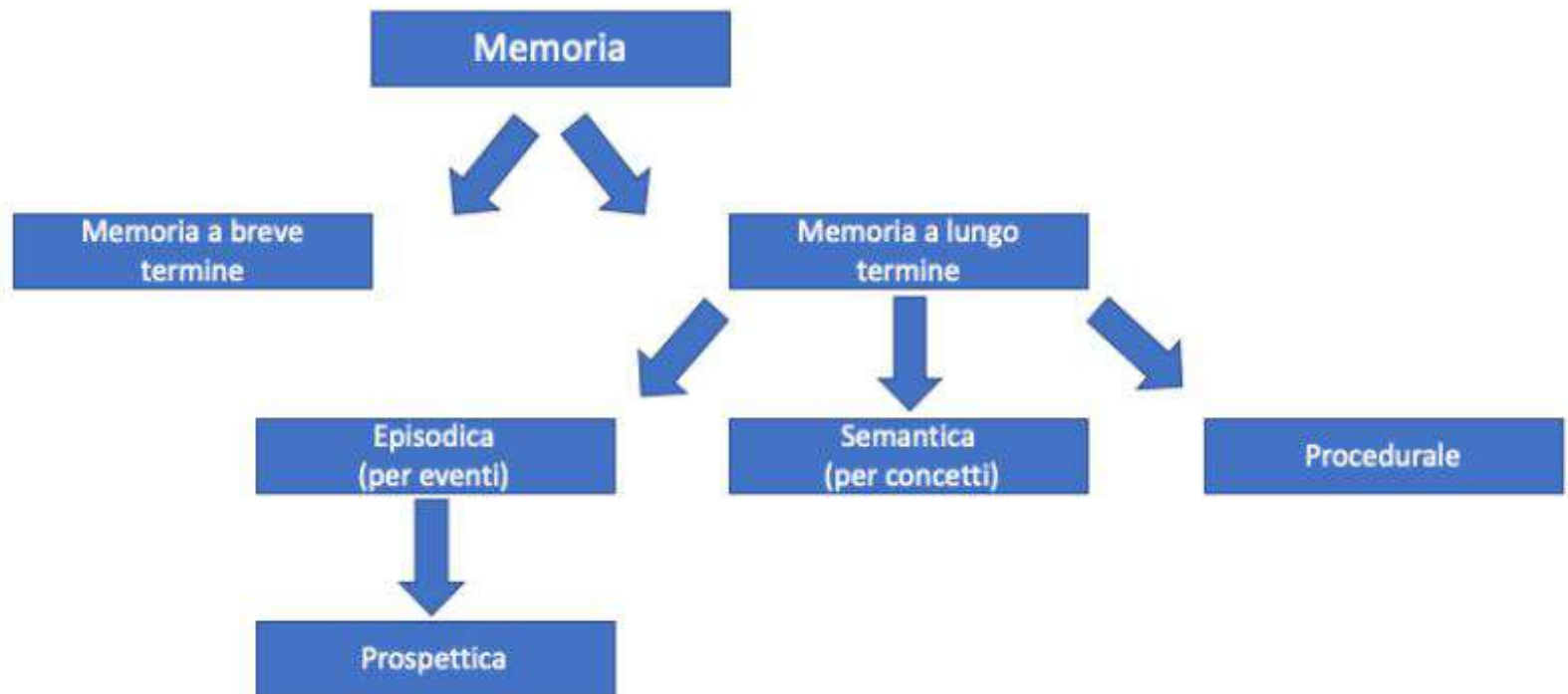
- integrità del sistema della sensibilità
- integrità del sistema del movimento
- integrità eloquio, movimento

# Memoria

Capacità di ricordare informazioni acquisite in precedenza attraverso l'esperienza e di apprendere nuove informazioni integrandole con quelle già acquisite

PERCEZIONE/CODIFICA,  
IMMAGAZZINAMENTO,  
CONSOLIDAZIONE,  
RECUPERO

# Memoria



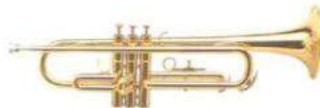
# MEMORIA A BREVE TERMINE

SPAN VISUO-SPAZIALE  
(Cubi di Corsi)



# Memoria a lungo termine

## Free And Cued Selective Reminding Test





# Memoria

Free And Cued Selective Reminding Test (FCSRT) consiste in 12 stimoli, 6 stimoli appartengono al dominio degli esseri viventi e 6 a quello dei non viventi.

FCSRT si divide in due parti:

1. CODIFICA: tale procedura conferma la corretta codifica iniziale.
2. MEMORIA: completata la rievocazione libera, per gli item il cui ricordo non viene recuperato spontaneamente viene fornito il corrispondente suggerimento semantico.

*[Viggiano MP et al. Cortex 2004; 40: 491-509.*

*Dell'Acqua R et al . Behavior research methods, instruments & computers 2000; 32 (4): 588-615]*

# APPRENDIMENTO DI UNA LISTA DI PAROLE SEMANTICAMENTE RELATE

PAROLE CORRELATE SEMANTICAMENTE – APPRENDIMENTO  
(Mauri et al. 1997)

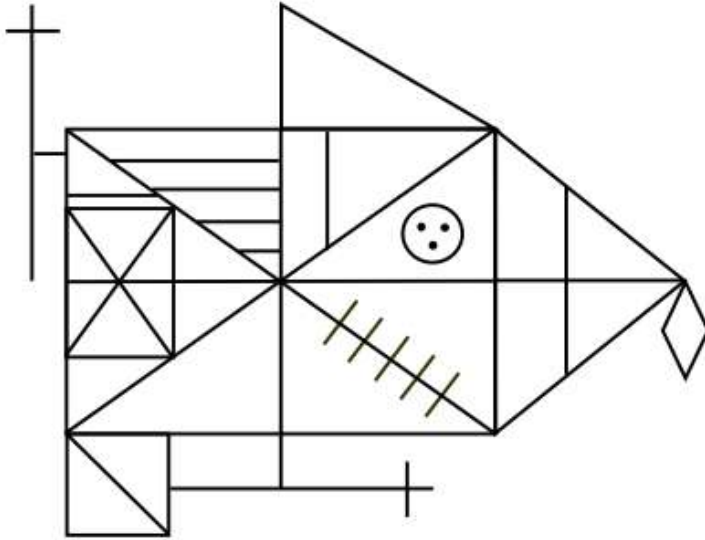
Trial parole	1	2	3	4	5	15'
CALZE						
MARTELLO						
ALBICOCCA						
PANTERA						
FRAGOLA						
GIACCA						
SEGA						
CANE						
GUANTI						
GIRAFFA						
MELA						
LIMA						
CILIEGIA						
CAPPOTTO						
TOPO						
SCURE						
<b>TOTALE</b>						
<b>Intrusioni</b>						
<b>Numero di</b>						
<b>Intrusioni</b>						

PUNTEGGI	CUT-OFF
- rievocazione immediata	$\geq 27.97$
- intrusioni RI	$\leq 8$
- rievocazione differita	$\geq 4.75$
- intrusioni RD	$\leq 3$
- riconoscimento	$\geq 22.58$

RICONOSCIMENTO

PAROLE		PAROLE	
CILIEGIA		ALBICOCCA	
Gonna		PANTERA	
TOPO		GUANTI	
Trapano		Uva	
Cravatta		GIRAFFA	
MELA		Scalpello	
Pecora		CAPPOTTO	
LIMA		Pera	
CANE		SCUSE	
Pinza		FRAGOLA	
GIACCA		Cavallo	
Banana		Zebra	
CALZA		SEGA	
MARTELLO		Sciarpa	
Arancia		Chiave	
leone		Camicia	

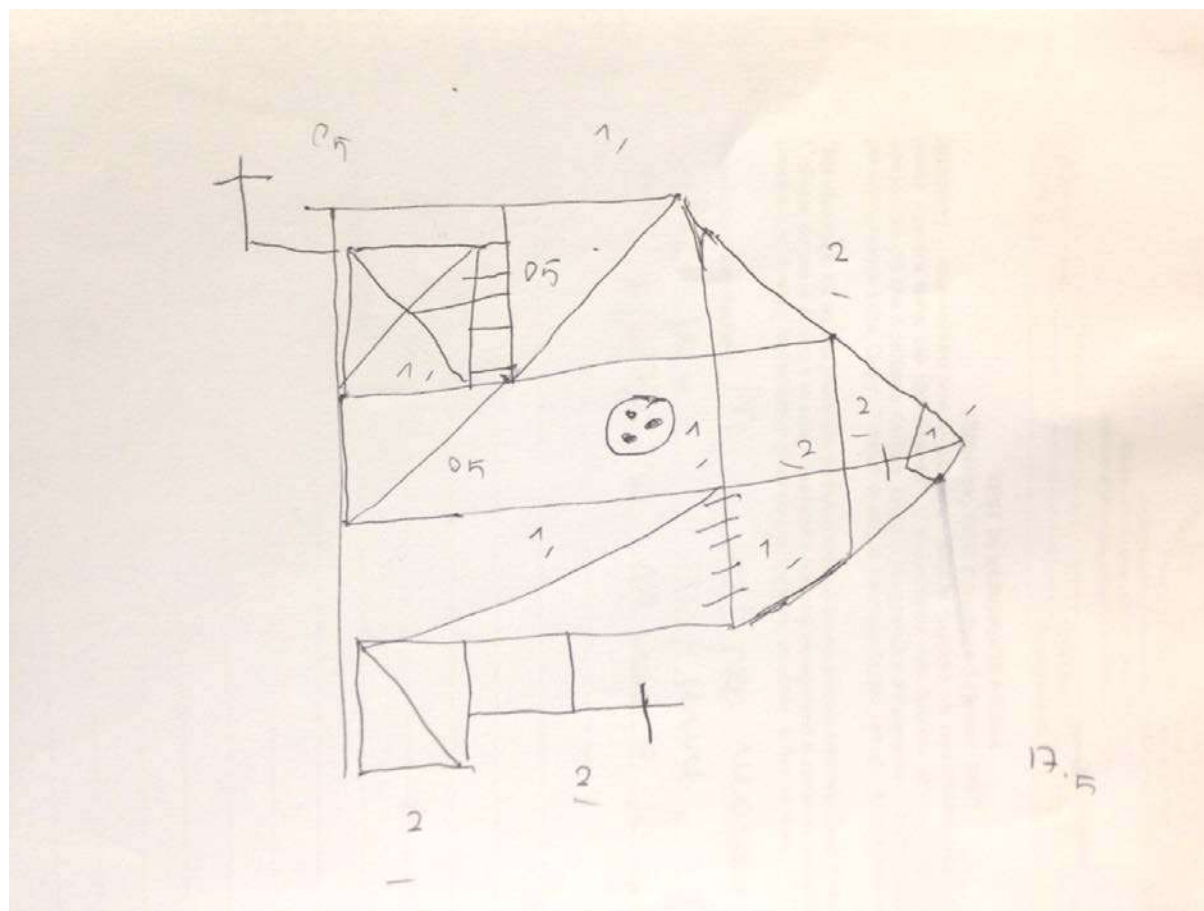
## FIGURA COMPLESSA DI REY-OSTERRIETH



Abilità prassico-costruttive

Memoria a Lungo Termine visuo-spaziale

## FIGURA DI REY: esempio - copia





# Memoria

Lista della spesa

Mele

Ammorbidente

Tonno

Arance

Maionese

Detersivo per i pavimenti

Datevi circa 2 minuti per memorizzare la lista

(se vi aiuta, provate anche ad immaginare ad occhi chiusi i vari prodotti).





# Memoria

**FRUTTA**

**PRODOTTI IN SCATOLA**

**DETERSIVI**



# Memoria




# Memoria




# Memoria



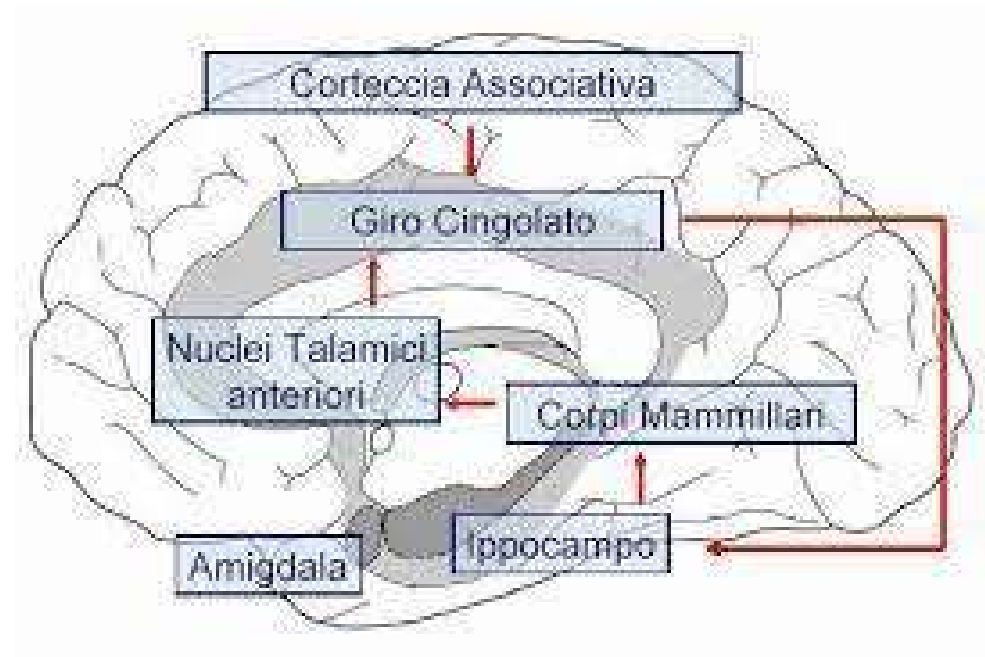

# Memoria

Provi a ricordare la posizione dei quadrati anneriti!





# Memoria



<https://www.flaminiacelata.com/portfolio-items/hippocampus/>

**Memoria autobiografica → terapia di reminescenza**

**Memoria Episodica → può essere stimolata leggendo un piccolo articolo di giornale e cercare poi di rievocare insieme al paziente i fatti salienti di quanto letto**

**Memoria semantica → sono utili gli esercizi di denominazione degli oggetti e di fluenza verbale**

**Memoria visiva → giochi di memory, anche con materiale ecologico**

**Memoria procedurale → si cerca di stimolare “il fare” (apparecchiare la tavola, vestirsi...) → Tecniche occupazionali**

1. **ADATTARE IL PROPRIO AMBIENTE** (tenere penna e bloc-notes per i propri appunti, scrivere su una lavagnetta ben in vista le cose da ricordare, applicare etichette a dispense o porte);
2. **UN POSTO PER OGNI COSA, OGNI COSA AL SUO POSTO** (tenere vicino alla porta un porta chiavi dove tenere tutte le chiavi, stabilire un posto particolare dove riporre occhiali e portafoglio, avere una piccola scatola dove riporre tutte le bollette e adottare un sistema di archiviazione per le bollette e i documenti legali)
3. **CREARE UNA ROUTINE** (le buone abitudini e la routine possono aiutare a sollevare i problemi di memoria, dare disposizioni permanenti per il pagamento delle bollette, svolgere certe attività in giorni fissi)
4. **MIGLIORARE IL BENESSERE** (ansia, stress e depressione possono peggiorare le difficoltà di memoria, coltivare le amicizie e trovare nuovi amici, pianificare esperienze positive e piacevoli, mantenersi fisicamente attivi ed in buona forma, essere assertivi (imparare a dire no alle richieste eccessive), gestire il proprio tempo imparando a prendersi delle pause)
5. **AIUTI ESTERNI** (utilizzo di una agenda, foglietti adesivi, lavagnetta cancellabile, calendario, orologio, scrivere degli elenchi di cose, usare il pill reminder per i medicinali, e tenerlo in un posto ben visibile, fare un elenco dei numeri telefonici importanti,

## Note per chi assiste una persona con difficoltà di memoria :

Prenditi cura di te;  
Crea una routine;  
Organizza l'ambiente;  
Crea un ambiente sereno e tranquillo;  
Scomponi i compiti in piccoli pezzi;  
Le difficoltà di memoria non sono un problema isolato;  
Sii paziente;  
Elimina i motivi di distrazione;  
Attenzione;  
Parla in modo semplice e conscio;  
Ripassa e ripeti

---

## IL MODELLO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COGNITIVO E' DIFFERENTE DALL'USO CHE SI FA DI TALE MODELLO NELLA PRATICA CLINICA

PERCEZIONE

PRASSIE

LINGUAGGIO

MEMORIA

FUNZIONI ESECUTIVE

ATTENZIONE

VIGILANZA

- integrità del sistema della sensibilità
- integrità del sistema del movimento
- integrità eloquio, movimento



Capacità di comunicare mediante la produzione e la comprensione di messaggi verbali (orali e scritti) costituiti da parole singole o da frasi

Linguaggio spontaneo (comunicatività)

prosodia,

articolazione,

linguaggio automatico,

struttura sintattica e fonologica

ripetizione

denominazione

Comprensione

Scrittura

Lettura

descrizione di figure.

---



# Linguaggio

BAFFI

TOPO

ANIMALE







OCCHI

LENTI

MIOPE



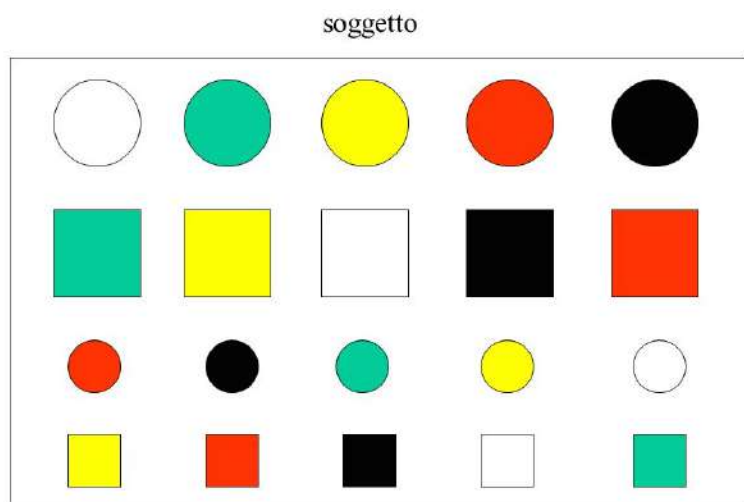


1. MOTO AEREO MACCHINA CAMION
2. BOCCA MANI ORECCHIE OCCHI
4. ROSA TULIPANO MARGHERITA SALICE
5. MARTINA LUCA GIOVANNI DAVIDE
6. TAZZA PIATTO BICCHIERE TAZZINA
7. SCARPONI SANDALI GUANTI STIVALI
8. DIVANO TAVOLO SEDIA POLTRONA
9. BIRRA CAFFE' VINO GRAPPA
10. MUCCA CAVALLO MOSCA GALLINA



1. Abbaia Scodinzola Morde
2. Insegna Interroga Rimprovera
3. Vola Atterra Decolla

# TEST DEI GETTONI (Token test)



esaminatore

## TOKEN TEST (versione di Spinnler e Tognoni, 1987)

I PARTE (tutti i gettoni sparsi)	punteggi
1. tocchi un cerchio	0 0.5 1
2. tocchi un quadrato	0 0.5 1
3. tocchi un gettone giallo	0 0.5 1
4. ne tocchi uno rosso	0 0.5 1
5. ne tocchi uno nero	0 0.5 1
6. ne tocchi uno verde	0 0.5 1
7. ne tocchi uno bianco	0 0.5 1
punteggio I ...../7	
II PARTE (solo i gettoni grandi)	
8. tocchi il quadrato giallo	0 0.5 1
9. tocchi il cerchio nero	0 0.5 1
10. tocchi il cerchio verde	0 0.5 1
11. tocchi il quadrato bianco	0 0.5 1
punteggio II ...../4	
III PARTE (tutti i gettoni in ordine)	
12. tocchi il cerchio bianco piccolo	0 0.5 1
13. tocchi il quadrato giallo grande	0 0.5 1
14. tocchi il quadrato verde grande	0 0.5 1
15. tocchi il cerchio nero piccolo	0 0.5 1
punteggio III ...../4	
IV PARTE (coprire i gettoni piccoli)	
16. tocchi il cerchio rosso e il quadrato verde	0 0.5 1
17. tocchi il quadrato giallo e il quadrato nero	0 0.5 1
18. tocchi il quadrato bianco e il cerchio verde	0 0.5 1
19. tocchi il cerchio bianco e il cerchio rosso	0 0.5 1
punteggio IV ...../4	
V PARTE (tutti i gettoni)	
20. tocchi il cerchio bianco grande e il quadrato verde piccolo	0 0.5 1
21. tocchi il cerchio nero piccolo e il quadrato giallo grande	0 0.5 1
22. tocchi il quadrato verde grande e il quadrato rosso grande	0 0.5 1
23. tocchi il quadrato bianco grande e il cerchio verde piccolo	0 0.5 1
punteggio V ...../4	
VI PARTE (solo i gettoni grandi)	
24. metta il cerchio rosso sopra il quadrato verde	0 1
25. tocchi il cerchio nero con il quadrato rosso	0 1
26. tocchi il cerchio nero e il quadrato rosso	0 1
27. prenda il cerchio nero oppure il quadrato rosso	0 1
28. metta il quadrato verde lontano dal quadrato giallo	0 1
29. se c'è un cerchio blu, prenda il quadrato rosso	0 1
30. prenda tutti i quadrati tranne quello giallo	0 1
31. metta il quadrato verde vicino al cerchio rosso	0 1
32. tocchi lentamente i quadrati e rapidamente i cerchi	0 1
33. metta il cerchio rosso tra il quadrato giallo e quello verde	0 1
34. prenda il cerchio rosso, anzi il quadrato bianco	0 1
35. invece del quadrato bianco, prenda il cerchio giallo	0 1
36. insieme al cerchio giallo, prenda il cerchio nero	0 1
punteggio VI ...../13	



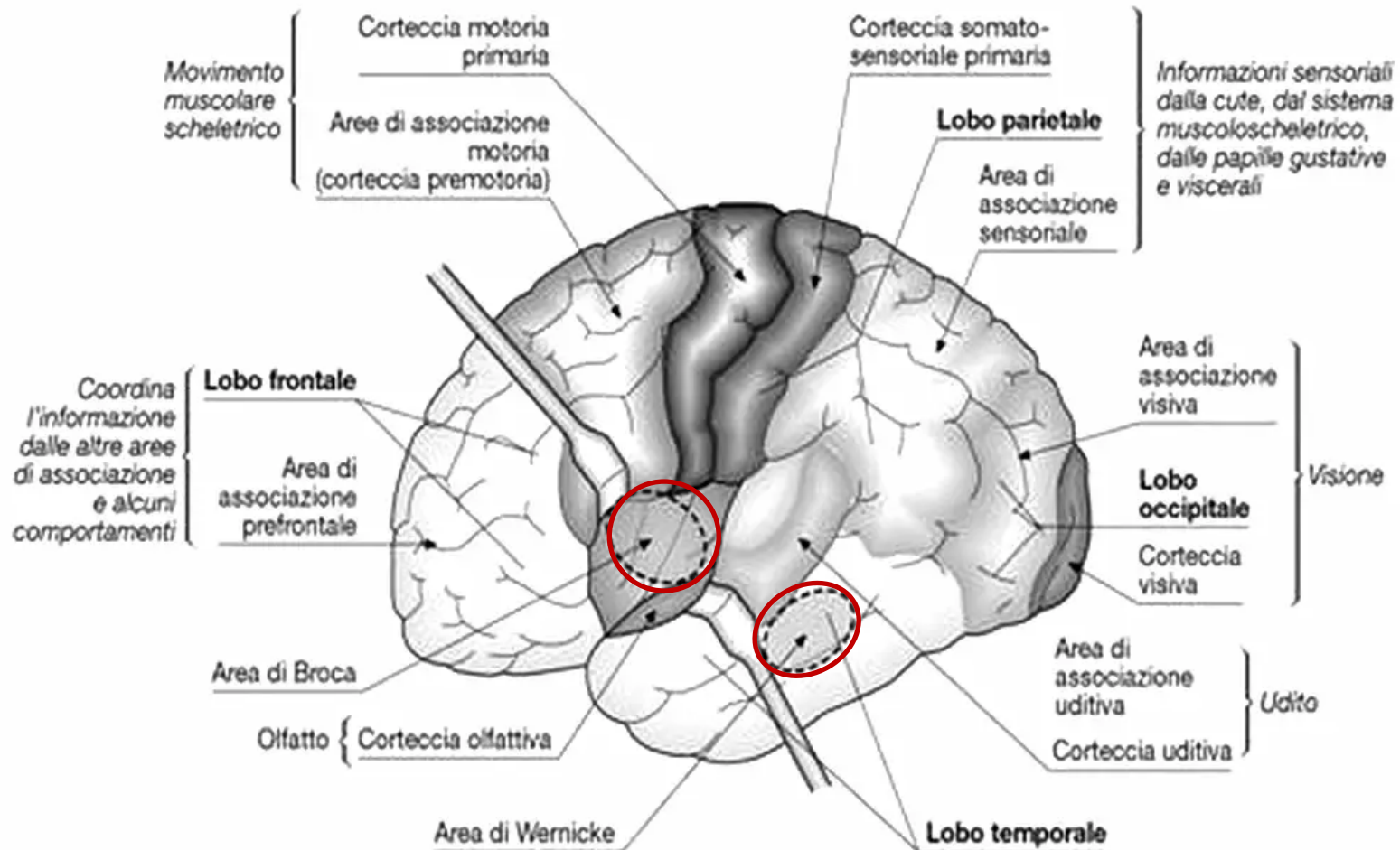


## **Come aiutare una persona con difficoltà linguistiche :**

1. Non parlare troppo velocemente e cerca di utilizzare frasi brevi con parole comuni;
2. Cerca di non saltare da un argomento ad un altro nel corso della conversazione;
3. Cerca di ridurre al minimo il rumore di fondo e le altre distrazioni;
4. Non fare pressione sul tuo interlocutore pretendendo che dica la parola esatta; resisti alla tentazione di parlare per conto suo o di finire la sue frasi;
5. Non fare finta di capire se non capisci. Cerca di non trattare il tuo interlocutore con aria di superiorità; ricordati che hai a che fare con un adulto intelligente;
6. Se capisci parte di ciò che il tuo interlocutore ha detto, ripeti quelle parole, in modo che non sia costretto a ridire tutto quanto; poi aiutalo con un suggerimento. Ad esempio "dove hai detto di essere stato in vacanza?..".



# Linguaggio



## IL MODELLO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COGNITIVO E' DIFFERENTE DALL'USO CHE SI FA DI TALE MODELLO NELLA PRATICA CLINICA

PERCEZIONE

PRASSIE

LINGUAGGIO

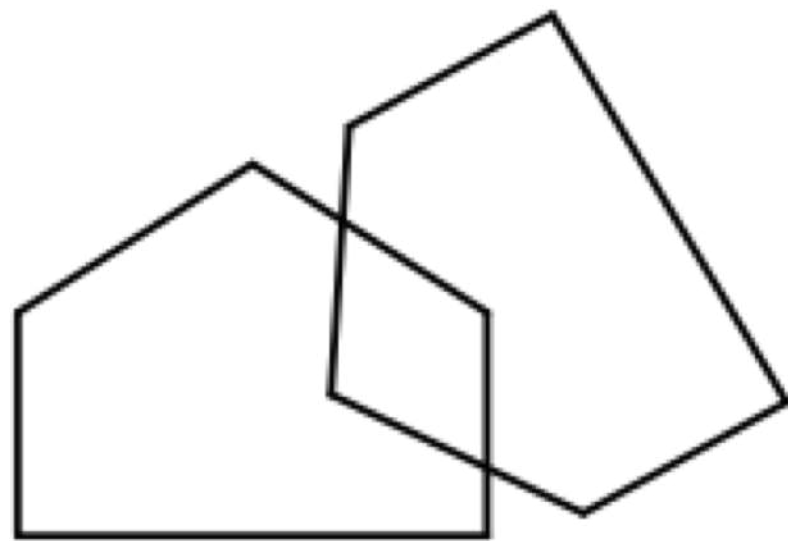
MEMORIA

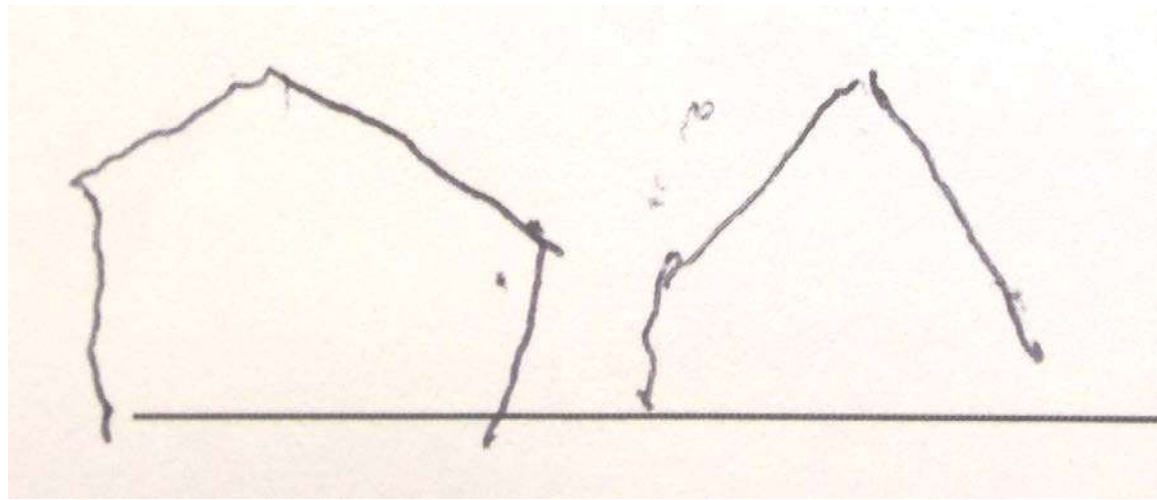
FUNZIONI ESECUTIVE

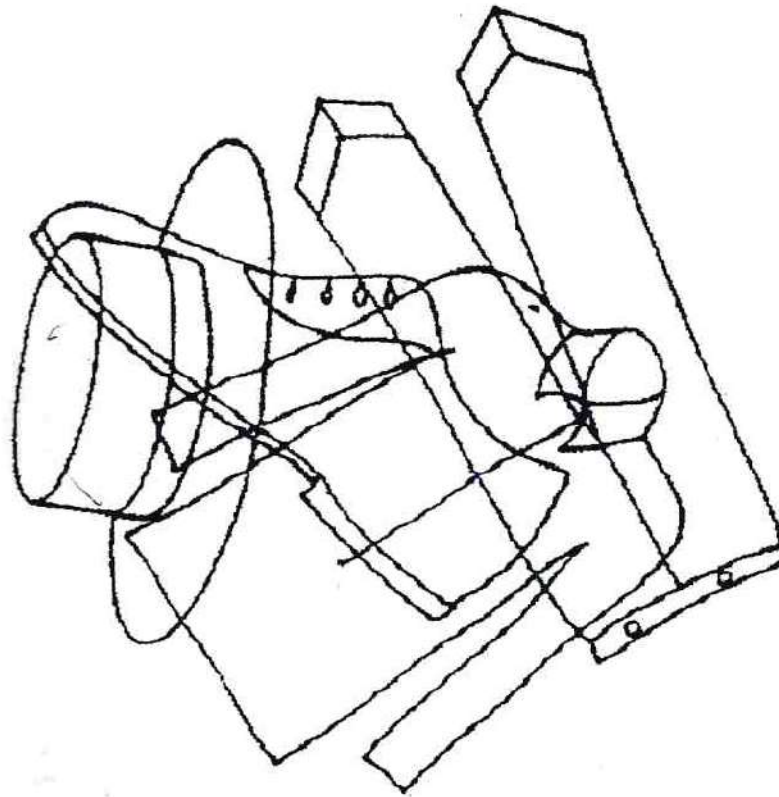
ATTENZIONE

VIGILANZA

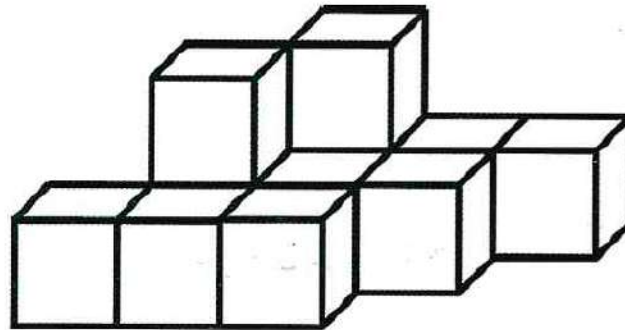
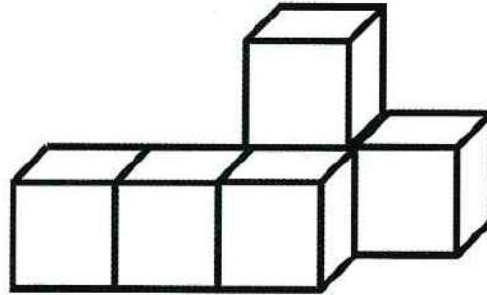
- integrità del sistema della sensibilità
- integrità del sistema del movimento
- integrità eloquio, movimento

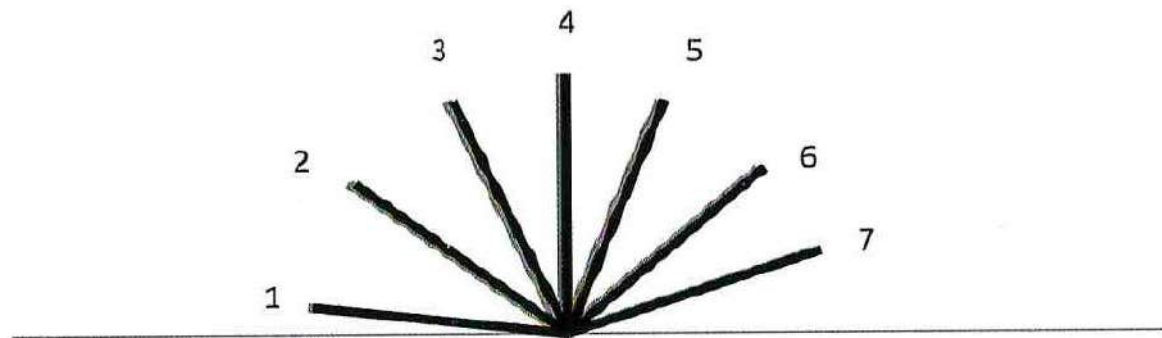


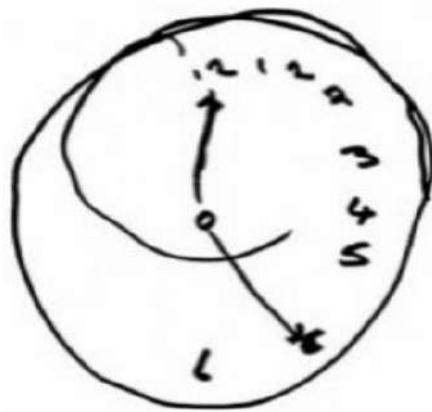




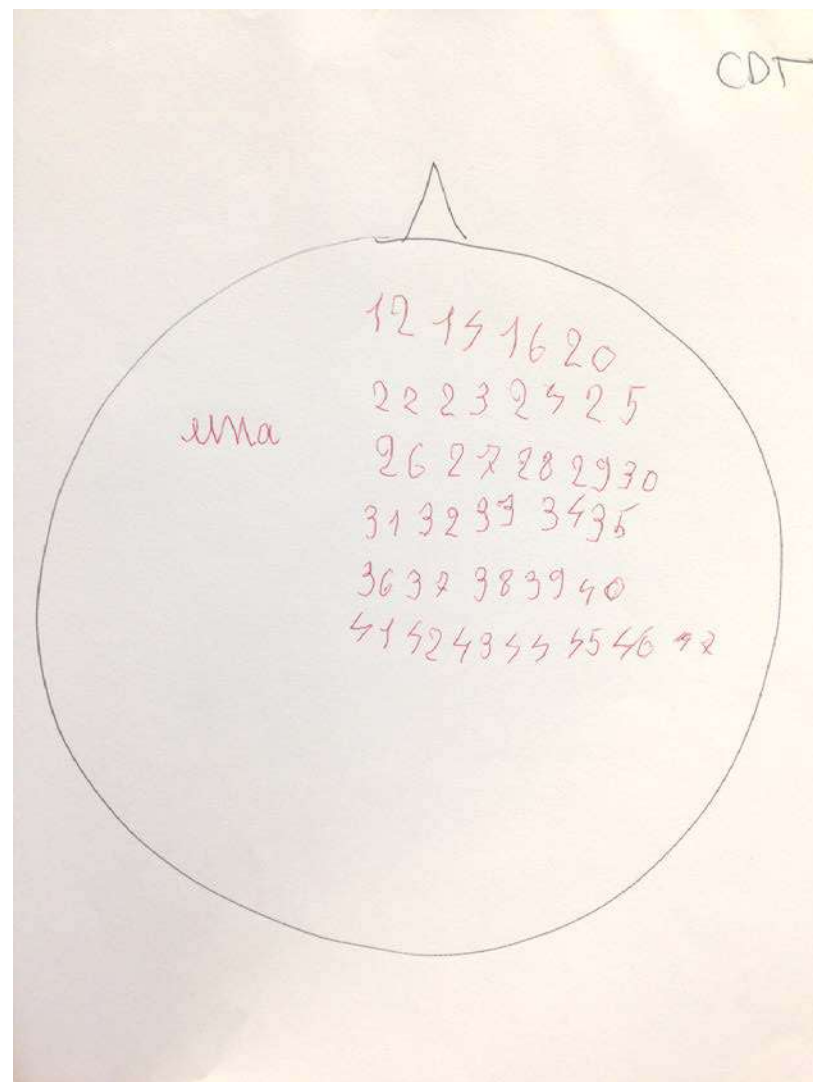
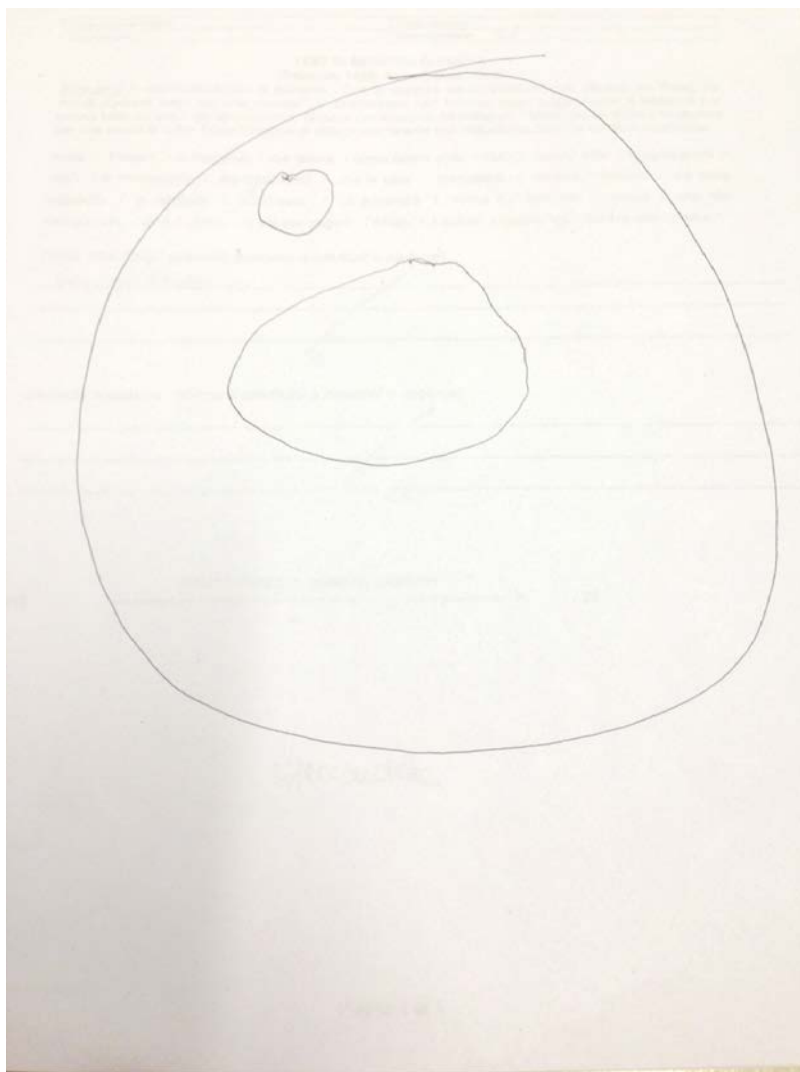








## CDT: esempi



## **ESERCIZI                      OBIETTIVI                      APPLICAZIONE VITA QUOTIDIANA**

### **Diario**

Definire le attività della settimana

Rinforzo senso di identità, della memoria episodica e riduzione dell'apatia

Attiva partecipazione in famiglia e vita sociale

### **Lettura giornali**

Discussione di notizie economiche, attualità, politica ecc

Rinforzo socializzazione, memoria semantica e fluenza verbale.

Riduzione ritiro sociale

Facilitazione espressione sociale, comunicazione.

Aumento interesse verso la comunità e società

### **Orientamento spaziale/temporale**

Date, anniversari, descrizione percorsi per l'ospedale

Riorientamento spaziale e temporale.

Rinforzo memoria topografica e biografica

Preservazione autonomia nel trovare i luoghi

### **Categorizzazione semantica**

Lettura di testi, classificazione di idee, scrittura

Organizzazione verbale, immaginazione, apprendimento implicito parole

Miglioramento espressione orale e scrittura, trovare sinonimi

## ESERCIZI

## OBIETTIVI

## APPLICAZIONE VITA QUOTIDIANA

### Attività

Carte, Scacchi, Cruciverba, Sudoku

Giochi di società con tutti i membri della famiglia

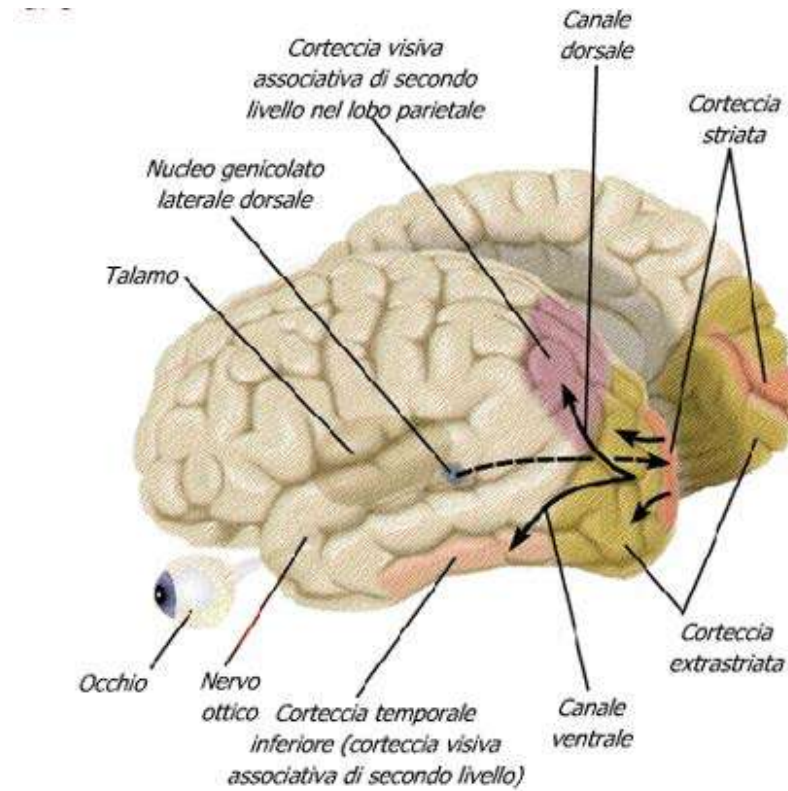
Motivazione ed incoraggiamento a leggere

Mantenere il coinvolgimento nella vita sociale

Stimolare attenzione ed interesse per i compiti intellettuali



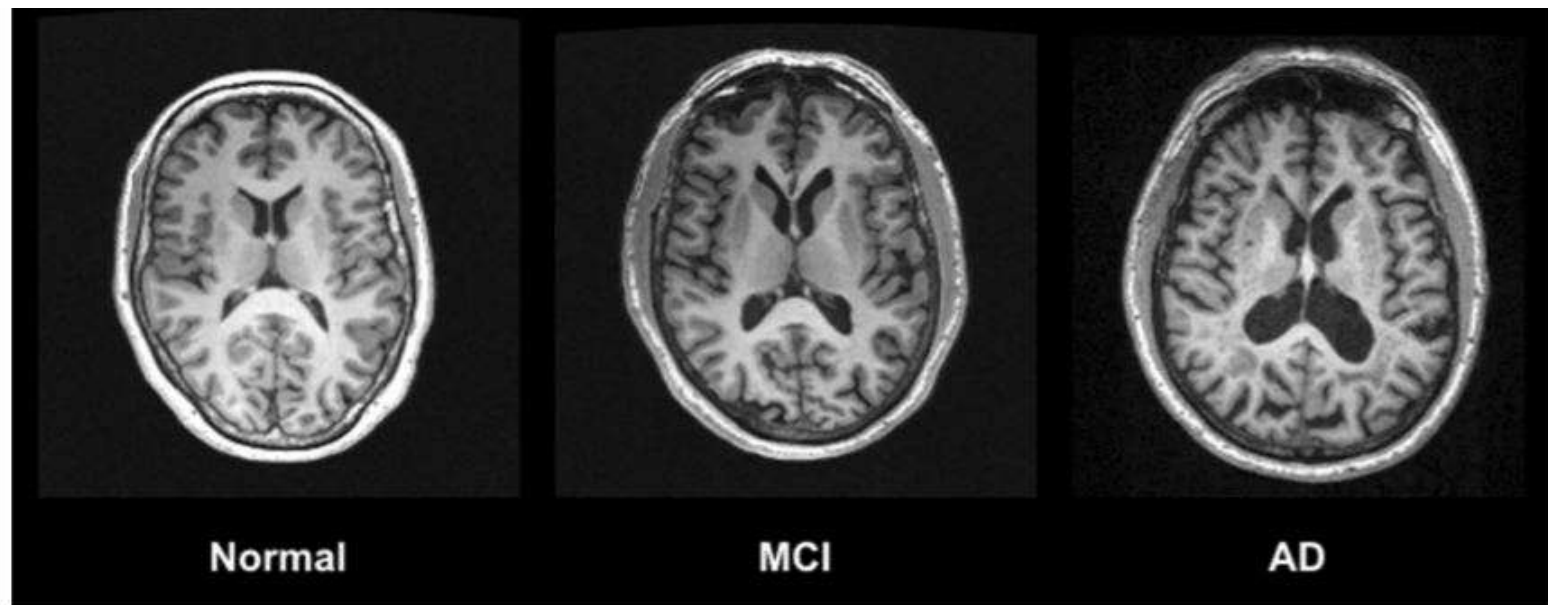
# Esercizi



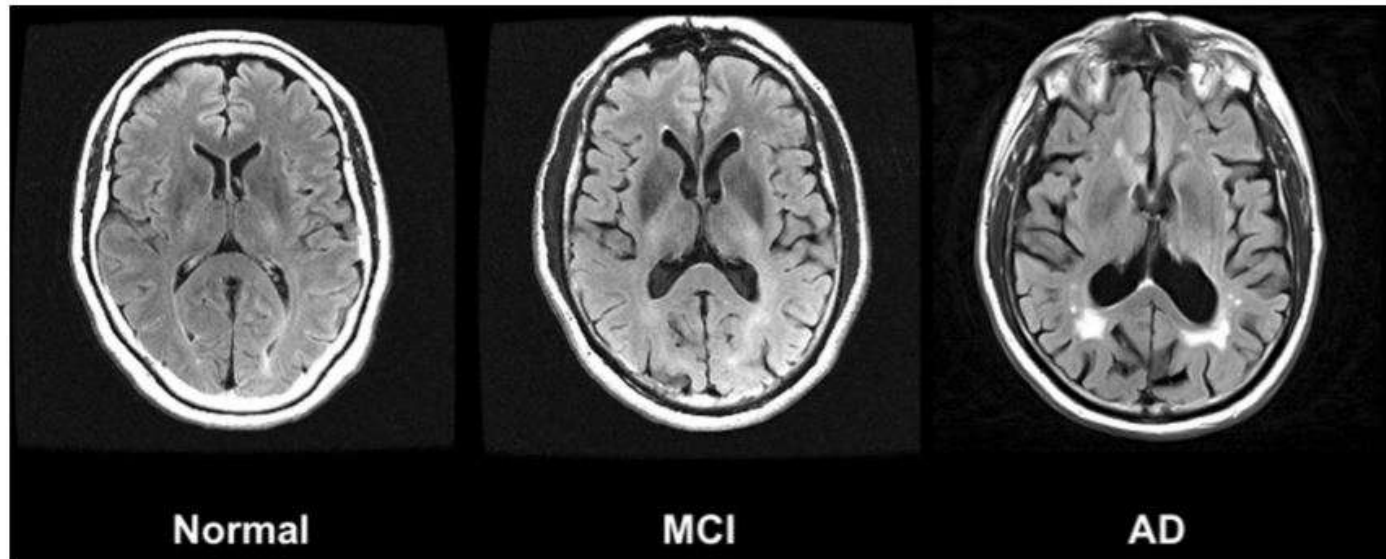
# INDAGINI STRUMENTALI

# Risonanza magnetica





**Fig. 1** T1-weighted MRI imaging using an MPRAGE (Magnetisation Prepared Rapid Gradient Echo) sequence shows decreased GM volume in an AD patient compared to a healthy control and intermediate GM decline in a patient with MCI

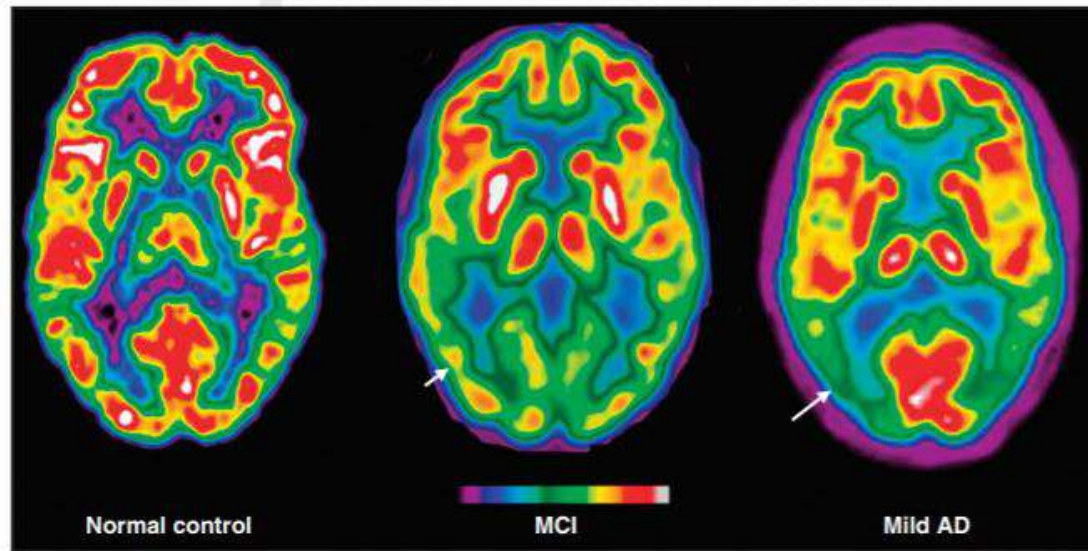


**Fig. 2** T2-weighted MRI imaging using a FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery) sequence shows increased WMHs in an AD patient compared to a healthy control and intermediate levels of WMHs in a patient with MCI

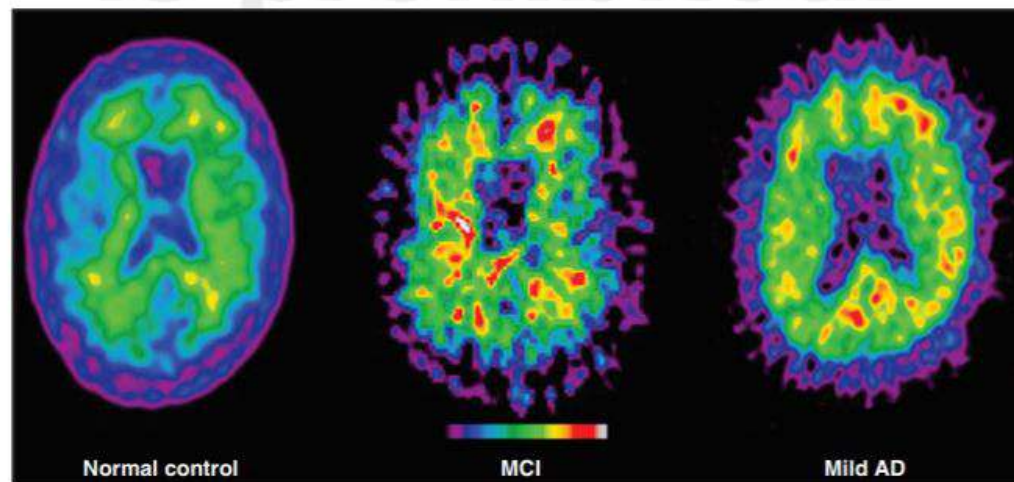
# PET SCAN



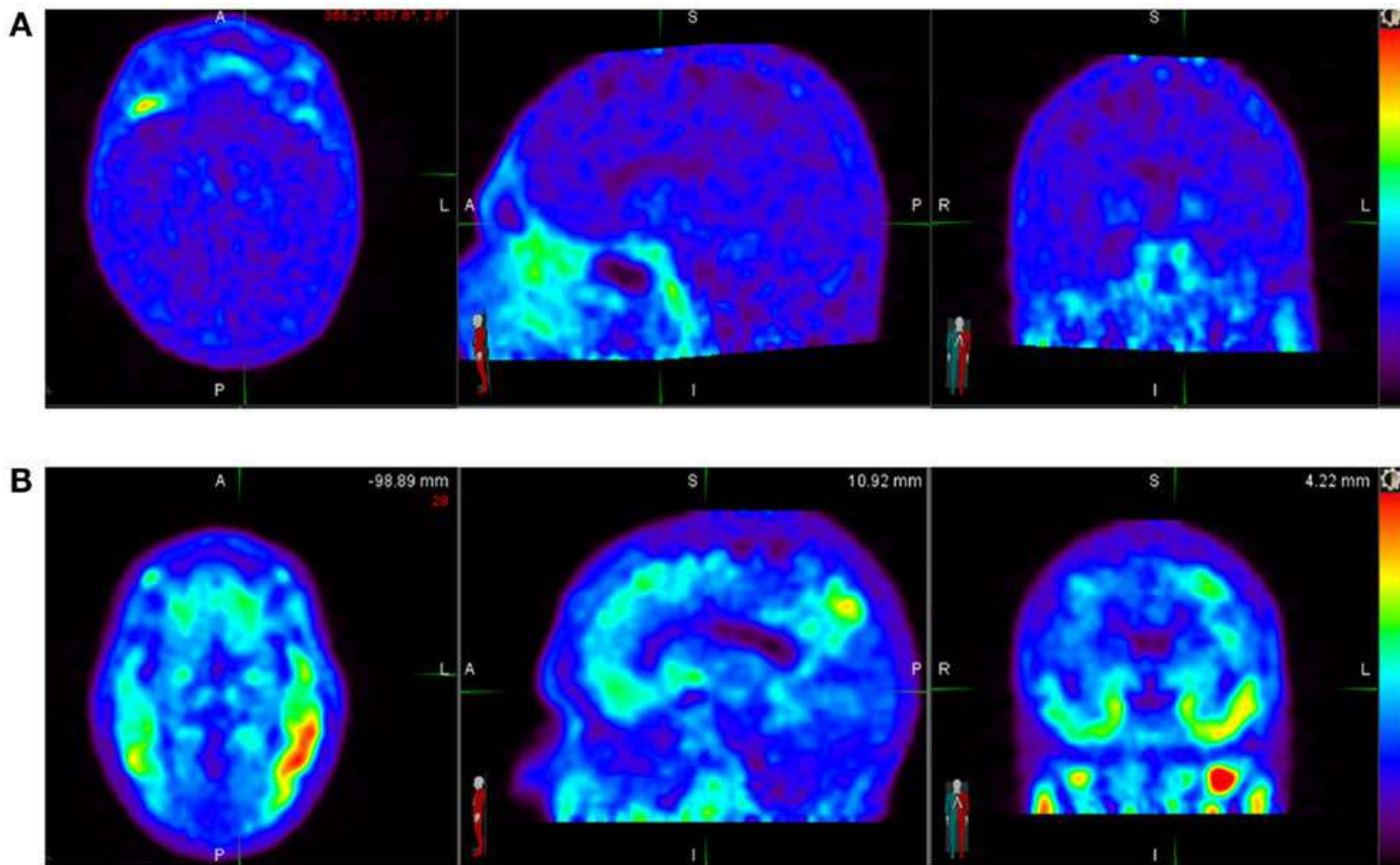




**Fig. 3.** FDG-PET of control, MCI, and mild AD individuals. FDG-PET show reduced uptake of regional CMRgl in the temporal-parietal cortex (shown as arrows) in MCI and AD patients. **AD**=Alzheimer disease; **CMRgl**=cerebral metabolic rate for glucose; **FDG**=[<sup>18</sup>F]-fluorodeoxyglucose; **MCI**=mild cognitive impairment; **PET**=positron emission tomography.



**Fig. 2.** PIB-PET of control, MCI, and mild AD individuals. The control shows negative PIB-PET with non-specific white matter retention but no cortical retention. The MCI image shows positive results with both white matter and cortical retention. The mild AD image shows typical positive PIB-PET with significant cortical retention in the prefrontal, posterior cingulate, and parieto-occipital cortices. **AD** = Alzheimer disease; **MCI** = mild cognitive impairment; **PET** = positron emission tomography; **PIB** = Pittsburgh Compound B.



**(A)** Normal  $^{18}\text{F}$ -AV-1451 PET study illustrating a tau-PET scan from an elderly cognitively normal subject (MMSE score of 30).

**(B)** Abnormal  $^{18}\text{F}$ -AV-1451 PET study illustrating a tau-PET scan images of a subject with mild Alzheimer's disease (MMSE score of 22).

**Affettività e comportamento**

# Autonomie

## VALUTAZIONE DELLO STATO FUNZIONALE: scala ADL E IADL

Somministrata al	Punteggio*	Esito
<b>Scala di autonomia delle attività di base della vita quotidiana: ADL</b> ( <i>Activity Daily Living</i> ) (Katz et al., 1963)		
Fare il bagno		
Vestirsi		
Toilette		
Spostarsi		
Continenza		
Alimentazione		
<b>TOTALE ADL</b>	<b>/6</b>	
<b>Scala di autonomia delle attività strumentali della vita quotidiana: IADL</b> ( <i>Instrumental Activity Daily Living</i> ) (Lawton e Brody, 1969)		
Uso del telefono		
Fare la spesa		
Preparare i pasti		
Cura della casa		
Fare il bucato		
Spostamento fuori casa		
Assunzione dei propri farmaci		
Uso del proprio denaro		
<b>TOTALE IADL</b>	<b>/8</b>	

\*Il punteggio attribuito di 0 indica una dipendenza o il bisogno di un aiuto nello svolgimento della rispettiva attività di vita quotidiana, 1 denota un'autonomia funzionale. NA = "non applicabile" quando il mancato esercizio di un'attività non è dovuto a perdita della funzione (cioè quando l'attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti) oppure quando l'impossibilità è dovuta a cause ambientali.

Katz S, Ford A, Moskowitz R et al (1963).

*The index of ADL: a standardised measure of biological and psychosocial function.* JAMA 185:914-919.

Lawton MP e Brody EM (1969).

*Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of living.* Gerontologist 9:179-186.

Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. (1990).

*A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level.* J Am Geriatr Soc 38:855-61.



## Farmaci per specifici *cluster* di BPSD



McShane R., *Int Psychogeriatr* 2000



## **STIMOLAZIONE SENSORIALE**

**Uditiva: musica, canto, ascolto e riconoscimento dei rumori...**

**Tattile: massaggi, cura della persona.**

**Visiva: riconoscimento di colori, forme e oggetti.**

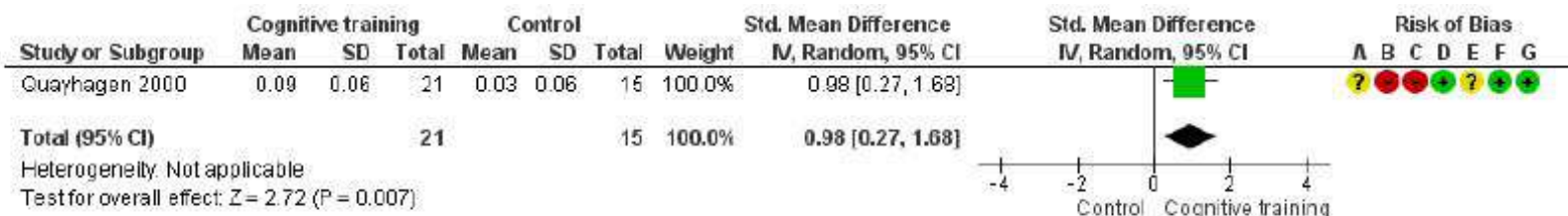
**Gustativa: assaporare e commentare i sapori dei cibi diversi di stagione e rievocare insieme i ricordi evocati.**

**Olfattiva: commentare insieme il profumo dei cibi preferiti o determinati odori che possono far affiorare diversi ricordi**

## **Il ruolo del caregiver**

## Cognitive training for people with mild to moderate dementia (Review)

Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AMY, Sabates J, Clare L



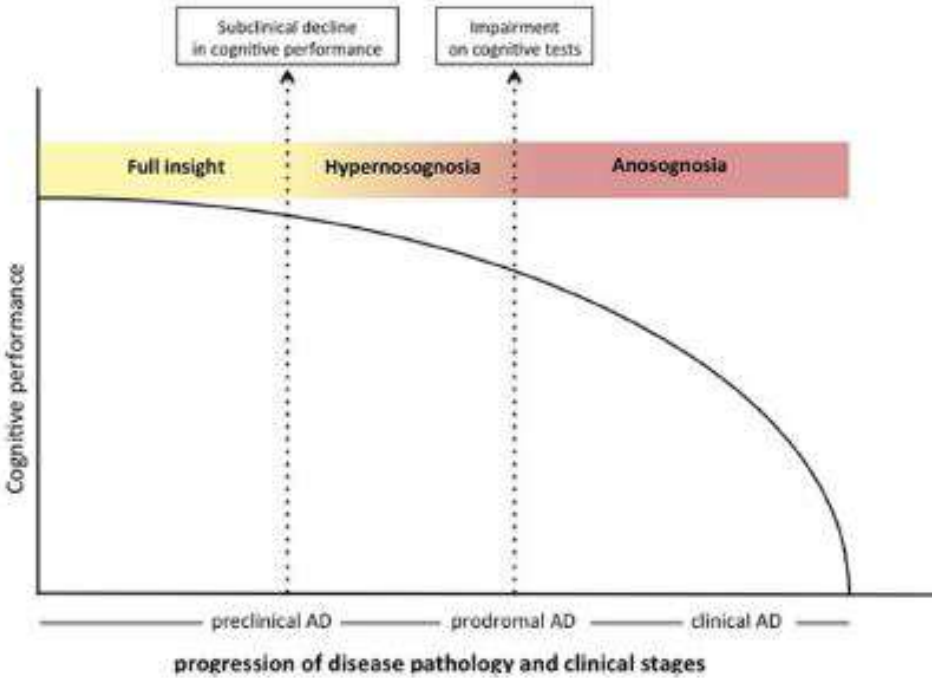
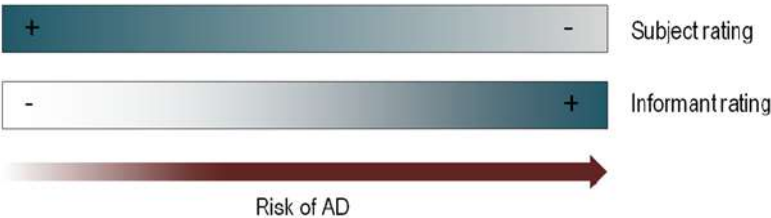
### Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

# Awareness for cognitive decline

Consapevolezza delle proprie performance mnesiche,  
ovvero la capacità del singolo individuo di valutare le proprie facoltà cognitive

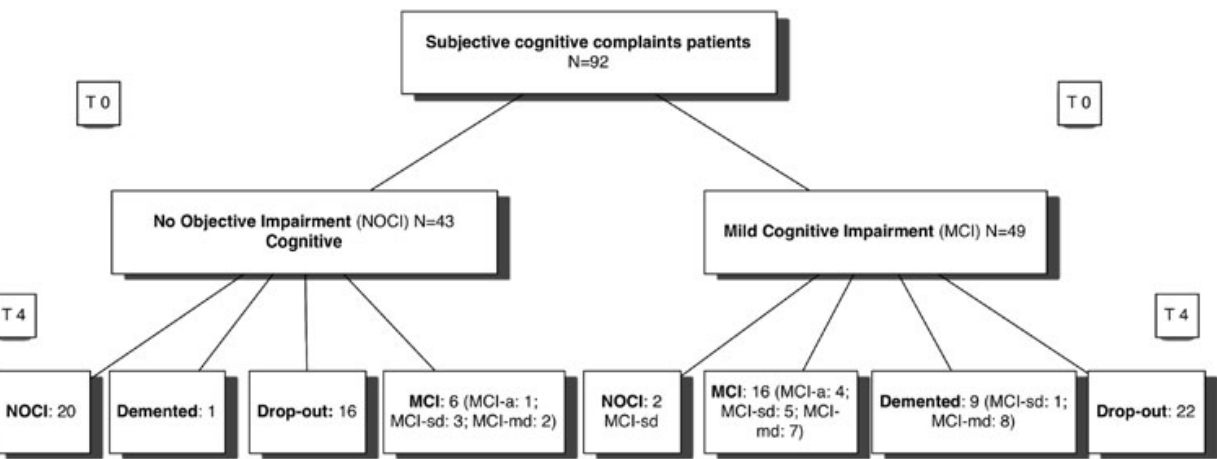
riferito del paziente  
VS  
riferito del caregiver



le due forme di consapevolezza distorta delle proprie facoltà cognitive

**Awareness of cognitive decline trajectories in asymptomatic individuals at risk for AD.**

Luisa Sambati, Marion Houot, Marie-Odile Habert, Bruno Dubois, Stéphane Epelbaum  
on behalf of the INSIGHT-PreAD study group



**Abstract** The objective is to evaluate the prognosis of subjective cognitive complaints (SCC) patients during 4-year follow-up. A prospective study on 92 SCC patients investigating their cognitive, affective and behavioural aspects. SCC patients were classified as having no objective cognitive impairment (NOCI), mild cognitive impairment (MCI), or subtypes of MCI. Results: 43 patients were found to have NOCI and 49 MCI. During the follow-up, 45.5% of NOCI patients remained unchanged, 13.9% were diagnosed as MCI and only one progressed to dementia. Of the MCI patients, 32.3% remained stable, 18.4% became demented and 4% reverted to NOCI. Visual attention, behavioural memory, long-term verbal memory, **apathy and caregiver distress, provided independent predictors of progression to dementia.**

**Apathy and caregiver distress provided independent predictors of progression to dementia**

**Are subjective cognitive complaints a risk factor for dementia?**

R. Gallassi. L. Sambati Neurol Sci (2010) 31:327–336 DOI 10.1007/s10072-010-0224-6

**Terapia**



# Prevenzione

Dementia prevention, intervention, and care:  
2020 report of the *Lancet* Commission,  
*Gill Livingston, Lancet 2020; 396: 413–46*

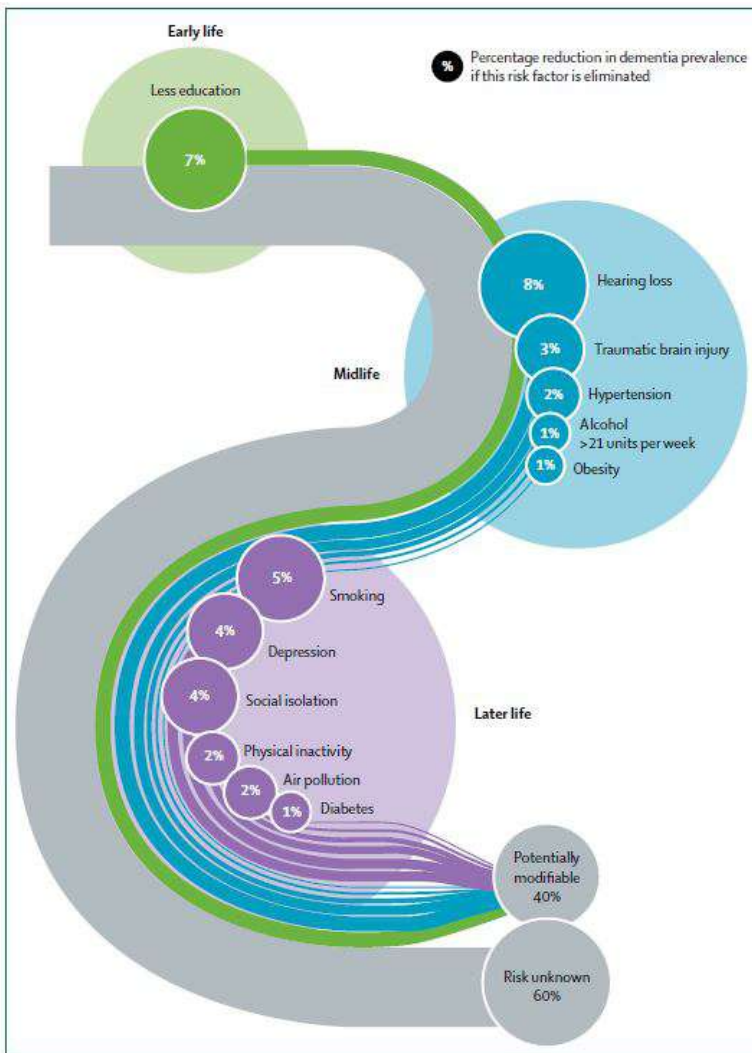


Figure 7: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia



**GRAZIE**

*Favorire l'autonomia della persona  
con deterioramento cognitivo al  
domicilio: Strategie di gestione della  
quotidianità*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

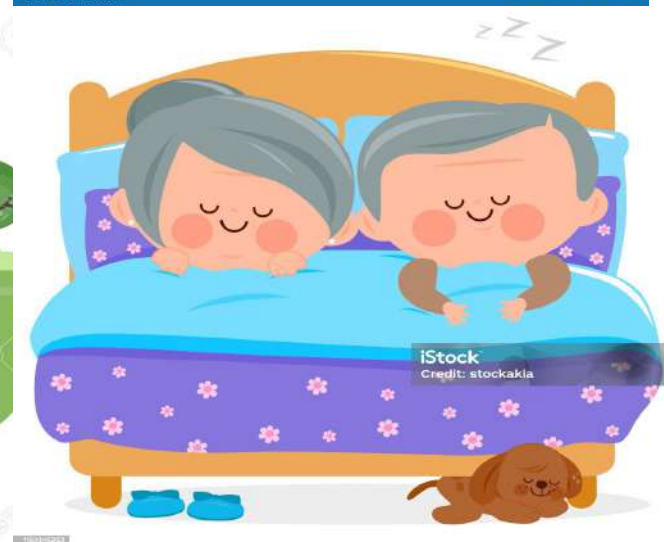
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

# **FAVORIRE L'AUTONOMIA DELLA PERSONA CON DISTURBO COGNITIVO AL DOMICILIO STRATEGIE DI GESTIONE DELLA QUOTIDIANETA'**

**Relatrice: Passerò Patrizia  
(Infermiera Centro Disturbi Cognitivi e Demenze di Castenaso)**

**Bologna, 22/04/24**

Lo scorso anno abbiamo visto quali sono le ADL che consentono di essere autonomi al domicilio.....



e avevamo visto come comportarci per fare in modo di gestire i momenti critici e come favorire l'autonomia al domicilio



I deficit legati alla demenza, a seconda di quanto influiscono negativamente sulle autonomie delle persone,

\* fanno sì che si parli di : **DEMENZA**

- **LIEVE**
- **MODERATA**
- **GRAVE**

\* portano le persone che ne soffrono alla necessità di:

- essere **SOSTENUTI**,
- essere **AIUTATI**,
- ricorrere ad un'**ASSISTENZA DOMICILIARE.....**
- ricorrere all'assistenza di professionisti h24 (**ISTITUZIONALIZZAZIONE**)



**DEMENTIA**  
come  
**MALATTIA PROGRESSIVA e DEGENERATIVA**

Quest'anno proveremo a capire come favorire l'autonomia al domicilio, partendo dal punto di vista della persona affetta da demenza.....

## **EMPATIA**

(metterci nei panni di chi è stato colpito dalla demenza)

+

## **COMPrensione**

(capire come deficit e disturbi comportamentali vengono percepiti e vissuti dalla persona, influiscono sulle attività quotidiane e che incidenza hanno sui caregivers)  
al fine di sostenerli in questa progressione della malattia/perdita di autonomia



**SARA' IMPORTANTE ASCOLTARE LA PERSONA E COMPRENDERE QUELLO CHE VIVE PER CREARE UN CONTATTO CON ESSA** imparando:

- ad accogliere e rispettare la persona
- a dare valore alle emozioni che la persona esprime
- a dare valore alla situazione in cui la persona pensa di essere, senza cercare di riportarlo per forza al qui ed ora

**(TERAPIA NON FARMACOLOGICA DELLA VALIDAZIONE)**

**FUNZIONI E DEFICIT COGNITIVI:**

**COME INFLUISCONO NELLA VITA QUOTIDIANA?**

**PROVIAMO A IMMAGINARE COSA VUOL DIRE  
PERDERE**

**LA MEMORIA TEMPORALE.....**

**e COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA.....**



- non ricordo il passato recente e non (memoria a breve e/o lungo termine)
- non ricordo/percepisco in che ora, giorno, stagione, anno sono



- \*non ho ricordo di me, del mio passato, delle mie radici.....perdita di identità dell'individuo
- \*non riesco a vestirmi in modo corretto in base alla stagione
- \*non so se è ora del pasto e quindi non mangio (di per sé gli anziani sentono meno il senso di fame o la necessità di bere)
- \*non so se ho delle scadenze da rispettare (ex bollette da pagare.....)

**PROVIAMO A IMMAGINARE COSA VUOL DIRE  
PERDERE**

**LA MEMORIA SPAZIALE.....**

**e COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA.....**

- ☐ non ricordo dove sono,
- ☐ non ricordo dove devo andare



\*non riconosco il luogo dove mi trovo

\*non so quale strada devo fare per andare in un posto

\*non so, non riconosco, non percepisco il luogo idoneo per fare certe cose (ad esempio, urino in cucina perchè non riconosco la cucina come tale, non ricordo cosa sia e a cosa serve il bagno....)

Deficit della memoria temporale e della memoria spaziale possono essere compresenti.....posso richiedere di essere accompagnato a casa dalla mamma.....



**PROVIAMO A IMMAGINARE COSA VUOL DIRE  
SOFFIRE DI **PROSOPAGNOSIA**.....  
e COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA.....**

- non sono in grado di riconoscere i volti dei miei familiari
- non riconosco nemmeno me stesso



- \*chi sono le persone che vivono con me?
- \*che ruolo hanno nella mia vita?
- \*chi è la persona che viene riflessa allo specchio?



Proviamo ad immaginare l'angoscia, la paura che si deve provare.....al tipo di reazione che può scaturire in me da questa situazione.....



•PROVIAMO A IMMAGINARE COSA VUOL DIRE  
SOFFIRE DI **AGNOSIA**.....  
e COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA....



□ non riconosco gli oggetti o non ricordo  
come si usano gli oggetti

- vedo una forchetta ma non so a cosa serve
- vedo un ombrello, per me serve per tagliare....
- come posso sapere se una cosa è commestibile o no?



non riuscirò a percepire, riconoscere o interpretare gli stimoli che arrivano al  
mio cervello

- come posso percepire i pericoli?



**PROVIAMO A IMMAGINARE COSA VUOL DIRE  
SOFFIRE DI **APRASSIA**.....  
e COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA.....**



- perdo la capacità di programmare nella giusta sequenza i gesti complessi
- non ricordo quali sono i movimenti da compiere per eseguire una certa azione.....

Le attività complesse diventeranno impossibili.....e tutto ciò si rifletterà nelle ABILITA' PRATICHE.....come potrò compiere attività come il mangiare, vestire.....



A questo poi si può sommare  
l'incapacità di ricordare cosa è un  
oggetto e a cosa serve.....

A questo si può sommare l'incapacità che colpiscono  
anche gli anziani che non sono colpiti da demenza:  
dolori articolari, incapacità di eseguire movimenti fini.....



**PROVIAMO A IMMAGINARE COSA VUOL DIRE  
AVERE PROBLEMI DI APPRENDIMENTO.....  
e COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA.....**



- non riesco a trattenere nel mio cervello nuove informazioni
- come posso imparare cose nuove?
- se le mie conoscenze del passato lentamente svaniscono.....
- lentamente non saprò più fare le cose che ero capace un tempo
- lentamente non sarò più chi e ciò che ero

**PROVIAMO A IMMAGINARE COSA VUOL DIRE  
AVERE PROBLEMI DI LINGUAGGIO.....  
e COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA.....**



**-ANOMIA:**

□ non ricordo come si chiama un oggetto, una persona

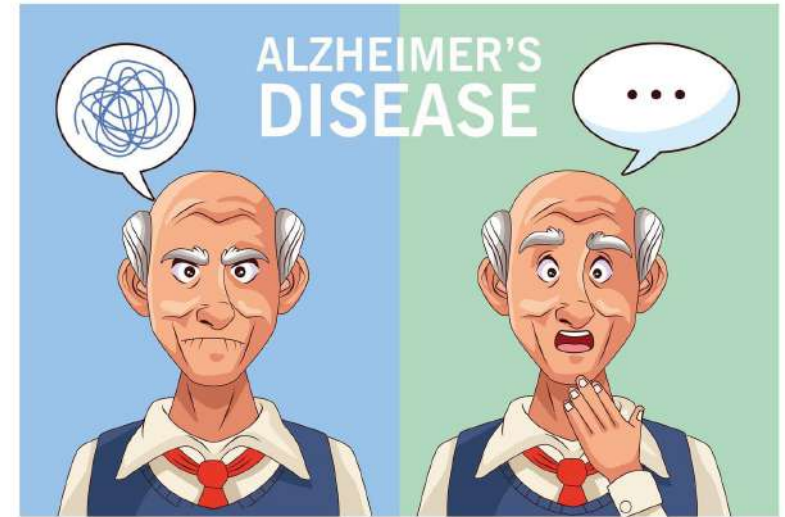
\*se ho bisogno di una forchetta per mangiare,  
ma non ricordo come si chiama l'oggetto.....come posso mangiare?

\*se devo riferire delle cose riguardo ad una persona, ma mi viene in mente soltanto  
il volto, come faccio? Come mi sento?

**-NON MI VENGONO IN MENTE LE PAROLE.....O LE PAROLE GIUSTE:**

\*se voglio dire qualcosa, ma non mi vengono le parole....come mi sentirò? Come  
influenzerà il mio interagire con gli altri?

\*se voglio dire una parola, ma la pronuncio male o me ne esce un'altra....come mi  
sentirò? Che reazione avranno gli altri?



## -DIFFICOLTA' A RICORDARE NUMEROSE INFORMAZIONI:

\*se mentre ascolto un discorso mi vengono date tante informazioni, ma io non riesco a ricordarle o lo faccio solo in parte, come mi sento?

\*se io devo dirti tante cose, ma non riesco a farlo, perchè mi sfuggono, come potrò portare a termine quello che mi viene chiesto?

## -PERDITA DEL FILO DEL DISCORSO:

\*se mentre parlo, non so più cosa stavo dicendo o cosa volevo dire, come mi sento?



# **QUANDO PROBLEMA DEL LINGUAGGIO E DELLA MEMORIA INCIDONO NEGATIVAMENTE NELLA VITA DI TUTTI I GIORNI, CAMBIERA' IL MIO AGIRE.....**

metterò in atto delle strategie che mi aiutino con questo mio problema:

- proverò a scrivermi tutte le informazioni, le attività che devo svolgere
- tenderò a ripetere le parole, i concetti
- userò parole passepartout
- farò discorsi con frasi brevi
- userò un linguaggio semplice, basico
- il mio linguaggio si impoverirà.....fino a quando tenderò a parlare sempre meno, a isolarmi....e questo non farà che accelerare la progressione dei miei deficit
- proverò a fingere di non avere problemi, nascondendomi dietro scuse
- tenderò ad isolarmi, ad abbandonare le relazioni sociali. La mancanza di queste si ripercuoterà a caduta, facendo avanzare e ingigantire i miei deficit
- mi potrai vedere irritata, arrabbiata, frustrata.....





## LEGATA A MEMORIA E LINGUAGGIO ABBIAMO ANCHE .....L'ATTENZIONE

- nei colloqui
  - nel seguire i film
  - quando compio delle attività
  - quando ci sono fattori distraenti: suoni, luci.....
- ad esempio al supermercato....



## PROVIAMO A IMMAGINARE COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA.....

- avrò problemi nell'affrontare colloqui con gli altri (sia nel parlare, che nell'ascoltare)
- avrò problemi nel fare attività (manuali, scritte....)
- avrò problemi nella guida (pratica: affrontare semafori, incroci, sorpassi....)
- avrò problemi anche nell'orientarmi mentre cammino o guido



**IMMAGINIAMO COSA VUOL DIRE AVERE PROBLEMI NEL FORMULARE UN PENSIERO ASTRATTO.....e COME SI RIFLETTE NELL'AUTONOMIA.....**

**-PROGETTAZIONE:**

□ non riesco a ideare/progettare qualcosa di astratto, un percorso da intraprendere

\*tra due gg devo andare a Bologna con autobus o treno.....basta che salgo sopra il mezzo?

\*devo andare in ferie.....cosa mi servirà?



**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO:  
INTERAZIONE NELLA VITA QUOTIDIANA E NELLE FUNZIONI COGNITIVE**

**IMMAGINIAMO COSA VUOL DIRE AVERE DEFICIT COMPORTAMENTALI, LEGATI E CAUSATI ANCHE AI DEFICIT PRECEDENTI.....DEPRESSIONE E APATIA..... e COME SI RIFLETTONO NELL'AUTONOMIA.....**

- non riesco a ricordare parole, cose, momenti della mia vita
- non riesco più ad essere autonomo nelle adl
- non riesco più a riconoscere gli altri, cerco mamma e papà e non li trovo
- mi trovo in una abitazione, mi dicono che è la mia casa, ma non la riconosco
- tutto mi sembra confuso
- non riesco più a fare le cose che facevo una volta
- ISOLAMENTO SOCIALE**: non riesco a comunicare, i discorsi degli altri sono difficili da essere compresi e seguiti



DEPRESSIONE e APATIA  
sono così inspiegabili?



**IMMAGINIAMO COSA VUOL DIRE AVERE DEFICIT COMPORTAMENTALI, LEGATI E CAUSATI ANCHE AI DEFICIT PRECEDENTI.....ANSIA, IRRITABILITÀ E AGITAZIONE .....e COME SI RIFLETTONO NELL'AUTONOMIA.....**

- non riconosco le persone che vivono con me
- non riconosco i luoghi intorno a me
- mi chiedono di fare una cosa, ma non ci riesco, mi sembra una “mission impossibol”
- mi chiedono di fare un qualcosa che io non ho voglia di fare, non mi riesce fare, non sento di doverla fare, non capisco perchè devo farla (ex fare il bagno, andare a letto, vestirmi)
- le persone mi parlano, ma le parole mi sfuggono, i pensieri si aggrovigliano



**ANSIA, IRRITABILITA' E AGITAZIONE  
sono così inspiegabili?**



**IMMAGINIAMO COSA VUOL DIRE AVERE DEFICIT COMPORTAMENTALI  
CAUSATI DA....DELIRI E ALLUCINAZIONI.....e COME SI RIFLETTONO  
NELL'AUTONOMIA.....e COSA COMPORTA PER IL CAREGIVER.....**

- \*se ombre, luci, suoni nella notte mi sembrano mostri viventi
- \*se mi dimentico dove metto le cose.....che penso che me le hanno rubate
- \*se vedo persone che gli altri non riescono a vedere....e sono persone che mi minacciano, mi parlano, non riconosco.....
- \*se sento suoni, voci che gli altri non percepiscono.....



Quando realtà e irrealtà  
si fondono  
e  
mi confondono  
come possono farmi reagire?





IMMAGINIAMO COSA VUOL DIRE AVERE DEFICIT COMPORTAMENTALI CAUSATI DA....**WANDERING**, **AFFACCENDAMENTO**, **VOCALIZZAZIONI**.....e COME SI RIFLETTONO NELL'AUTONOMIA.....e COSA COMPORTA PER IL CAREGIVER.....

\*se mi metto a camminare senza una meta....se faccio ciò senza saperne dare spiegazione, senza percepire i potenziali pericoli.....

\*se ho una irrefrenabile voglia di eseguire movimenti afinalistici, oppure continuo a svuotare o riempire cassetti.....senza saperne dare una spiegazione

\*se non riesco a fare uscire le parole i concetti che vorrei esprimere (ho male? Ho la pipì? Ho un disagio?), ma riesco solo a fare uscire suoni senza senso....

\*se per esprimere quello che sto vivendo, lo riesco a fare solo urlando....magari di notte.....



Possono essere espressione di un mio malessere, o una incapacità di espressione?



**IMMAGINIAMO COSA VUOL DIRE AVERE DEFICIT COMPORTAMENTALI CAUSATI DA....**ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO-VEGLIA**.....e COME SI RIFLETTONO NELL'AUTONOMIA.....e COSA COMPORTA PER IL CAREGIVER.....**

\*se non voglio andare a dormire.....forse non so che è notte? C'è troppa luce? Forse non riconosco la mia stanza da letto?

\*se vado a letto la sera, ma non riesco ad addormentarmi.....forse dormo di giorno 'è qualcosa che mi dà fastidio (piega del lenzuolo, pigiama...)?

\*se mi addormento, ma mi sveglio alle 3.....mi alzo dal letto e sveglio tutti....forse vado a letto troppo presto? Forse ho un problema fisico (prostata, infezioni alle vie urinarie....)?



Insonnia come

- espressione di un malessere fisico,
- espressione di un disagio
- espressione di uno scorretto stile di vita



IMMAGINIAMO COSA VUOL DIRE AVERE DEFICIT COMPORTAMENTALI  
MANIFESTATI DA....**AGGRESSIVITÀ VERBALE** E **FISICA**.....e COME SI  
RIFLETTONO NELL'AUTONOMIA.....e COSA COMPORTA PER IL  
CAREGIVER.....

\*se non riesco ad esprimermi.....l'aggressività può essere un modo per comunicare (ho male? Ho la pipì?)

\*se non riconosco le persone, non capisco le situazioni, mi sento minacciato.....l'aggressività può essere una forma di difesa

\*se mi sento costretto a fare una cosa che non voglio fare, che magari mi fa paura.....l'aggressività può essere un modo per dire di no



Aggressività fisica e verbale come:

- metodo di comunicazione
- forma di difesa
- espressione di ciò che voglio o non voglio



**IMMAGINIAMO COSA VUOL DIRE AVERE DEFICIT COMPORTAMENTALI  
MANIFESTATI CON....DISINIBIZIONE SESSUALE.....e COME SI RIFLETTONO  
NELL'AUTONOMIA.....e COSA COMPORTA PER IL CAREGIVER.....**

\*se sento lo stimolo di andare in bagno, ma non mi rendo conto dove sono e quindi la faccio dove mi trovo.....anche se sono in pubblico.....

\*se ho caldo o non sopporto un vestito e mi viene da toglierlo, non rendendomi conto che se sono in pubblico non è appropriato.....



Disinibizione sessuale come  
-disorientamento spaziale  
-espressione di disagio

**Sarà facile, ovvio, banale essere giudicato o deriso.....**

**Ma invece di giudicarmi, non è meglio capire il mio comportamento, capirne le cause e aiutarmi ad uscire da quella situazione?**



## IL CAREGIVER: LE EMOZIONI TRA PASSATO PRESENTE E FUTURO

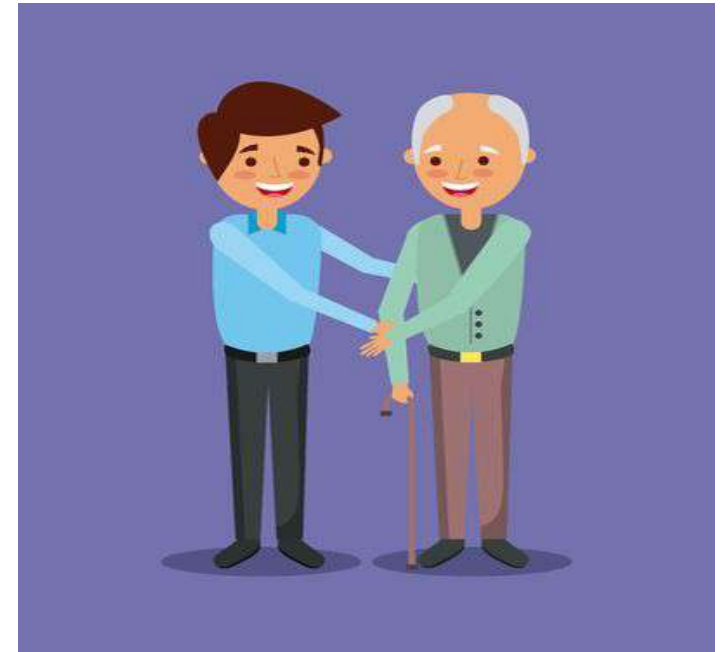
- Come mi sento quando guardo il mio caro e non lo riconosco?
- Come mi sento quando il mio caro vede in me un'altra persona?
- Cosa provo quando mi trovo in una situazione a me sconosciuta, che non so come affrontare?
- Assistere significa dividermi tra vita privata/lavoro e il proprio caro: ce la farò? E come?
- Devo vergognarmi di quello che sto vivendo?
- Sono solo nell'affrontare tutto questo?
- Dove posso reperire informazioni?



- impariamo a conoscere e accettare questa nuova persona: non sono io che ho chiesto di cambiare
- impariamo come possiamo vivere e supportare questa persona
- impariamo a chiedere aiuto: adesso è il nostro momento:

**SE CROLLI TU, CROLLERÀ ANCHE IL MIO MONDO.....**

**CHE PER ME È GIÀ FRAGILE, INCERTO, TALVOLTA ANCHE PAUROSO.....**



## RETE DELLE DEMENZE BOLOGNA E PROVINCIA



## **DISTRETTO DI BOLOGNA**

CDCD AUSL BOLOGNA PROGRAMMA CURE INTERMEDIE (DIP. DELL'INTEGRAZIONE)

SEDE: **Poliambulatorio Byron** - Via Byron 30 Bologna • Telefono 051 706018.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe COD. 89.07); il Lunedì, Mercoledì, Giovedì e Venerdì, ore 8.30-11.30.

## **CDCD IRCCS AOU POLICLINICO DI SANT'ORSOLA BOLOGNA**

SEDE: Poliambulatorio Albertoni Via Albertoni 15.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione a CUP con richiesta MMG (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe COD. 89.07).

## **DISTRETTO SAVENA IDICE**

CDCD AUSL BOLOGNA PROGRAMMA CURE INTERMEDIE (DIP. DELL'INTEGRAZIONE)

SEDE: Casa della Salute Poliambulatorio di San Lazzaro Via Repubblica 11 • Telefono 051/6224317.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe COD. 89.07); nelle giornate di lunedì–mercoledì–giovedì; dalle 10 alle 12.



## **DISTRETTO RENO LAVINO SAMOGGIA**

CDCD AUSL BOLOGNA PROGRAMMA CURE INTERMEDIE (DIP. DELL'INTEGRAZIONE)

SEDE: Casa della Salute di Casalecchio P. le R Levi Montalcini 5 • Telefono 051/4583235.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe COD. 89.07); nelle giornate di lunedì-mercoledì-venerdì, dalle 8.30 alle 10.30.

## **DISTRETTO APPENNINO BOLOGNESE**

CDCD AUSL BOLOGNA PROGRAMMA CURE INTERMEDIE (DIP. DELL'INTEGRAZIONE)

SEDE: Ospedale Porretta Via Zagnoni 5.

SEDE: Poliambulatorio Castiglione dei Pepoli Via Sensi 12.

SEDE: Casa della Salute di Vergato Via dell'Ospedale 1 • Telefono 051/6749127.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe COD. 89.07); il lunedì, dalle 9 alle 13.

## **DISTRETTO PIANURA EST**

CDCD AUSL BOLOGNA PROGRAMMA CURE INTERMEDIE (DIP. DELL'INTEGRAZIONE)

SEDE: Casa della salute San Pietro in Casale Via Asia 61 ● Telefono 051/6662725.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe COD. 89.07); il Venerdì ore 9.30-12.00.

SEDE: Poliambulatorio Castenaso Via Marconi 16 ● Telefono 051/6059503.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe COD. 89.07); il mercoledì dalle 9.30 alle 12.

## **DISTRETTO PIANURA OVEST**

CDCD AUSL BOLOGNA PROGRAMMA CURE INTERMEDIE (DIP. DELL'INTEGRAZIONE)

SEDE: Casa della Salute delle Terre d'Acqua Via Libertà 171 – Crevalcore ● Telefono 051/6803923.

Modalità di accesso: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe COD. 89.07); il lunedì dalle 9 alle 15 e il Giovedì dalle 9 alle 13.

## **CDCD IRCCS ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE, UOC CLINICA NEUROLOGICA RETE NEUROLOGICA METROPOLITANA (NEUROMET)**

SEDE: SS Interaziendale Neurologia-AOU Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola-Malpighi Padiglione 2, 5° piano • Telefono 051 2142641.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione diretta presso il poliambulatorio Albertoni PAD 2 con richiesta MMG/specialistica (visita neurologica c/o CDCD), dal Lunedì al Venerdì, dalle 9 alle 13 oppure, inviare email a [prenotazioni.poliambulatorio@aosp.bo.it](mailto:prenotazioni.poliambulatorio@aosp.bo.it)

SEDE: Ospedale Bellaria Padiglione C, 2° piano • Telefono 051 4966990.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista (visita neurologica c/o CDCD); dal Lunedì al Venerdì, dalle 9 alle 13.

## **CDCD IRCCS ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE, UOC CLINICA NEUROLOGICA**

SEDE: Ospedale Bellaria, Via Altura 3 - Ambulatori di Neuroscienze, Padiglione F, piano -1 • Telefono 051 4966990.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica con richiesta del MMG/specialista; dal Lunedì al Venerdì, dalle 9 alle 13.

## CDCD IRCSS ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE, UOC NEUROLOGIA

SEDE: Ospedale Bellaria, Via Altura 3 - Ambulatori di Neuroscienze, Padiglione F, piano -1 ● Telefono: 051 6225368, dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 14.

MODALITÀ DI ACCESSO: Prenotazione telefonica, oppure, tramite CUP con richiesta del MMG (visita neurologica c/o CDCD).

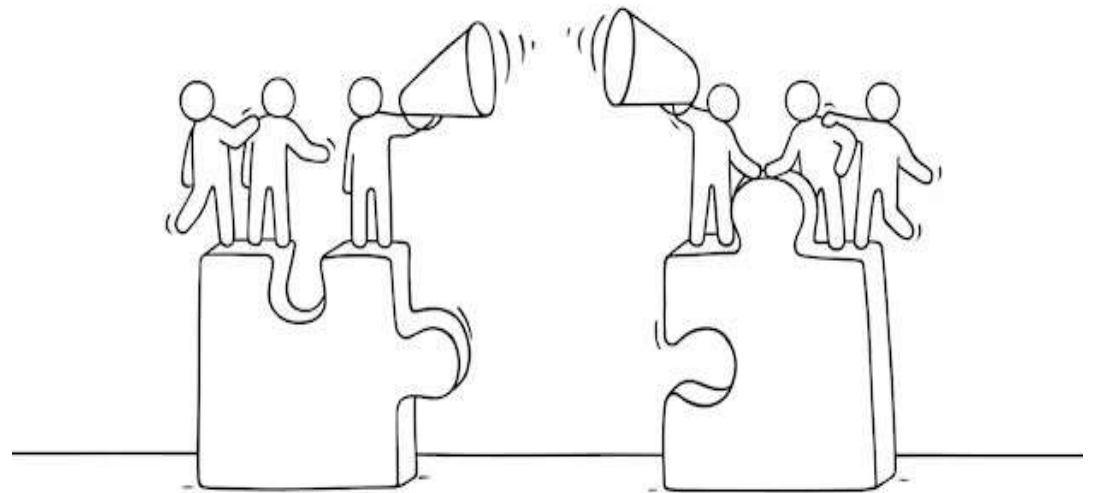
Il territorio di cui si occupa  
la rete delle demenze



**VEDIAMO QUALI SONO, IN GENERALE, GLI STILI COMPORTAMENTALI PER FAVORIRE L'AUTONOMIA AL DOMICILIO.....**

**OSSERVAMI, GUIDAMI AIUTAMI, SOSTITUISCITI** a me soltanto nella fase avanzata della malattia

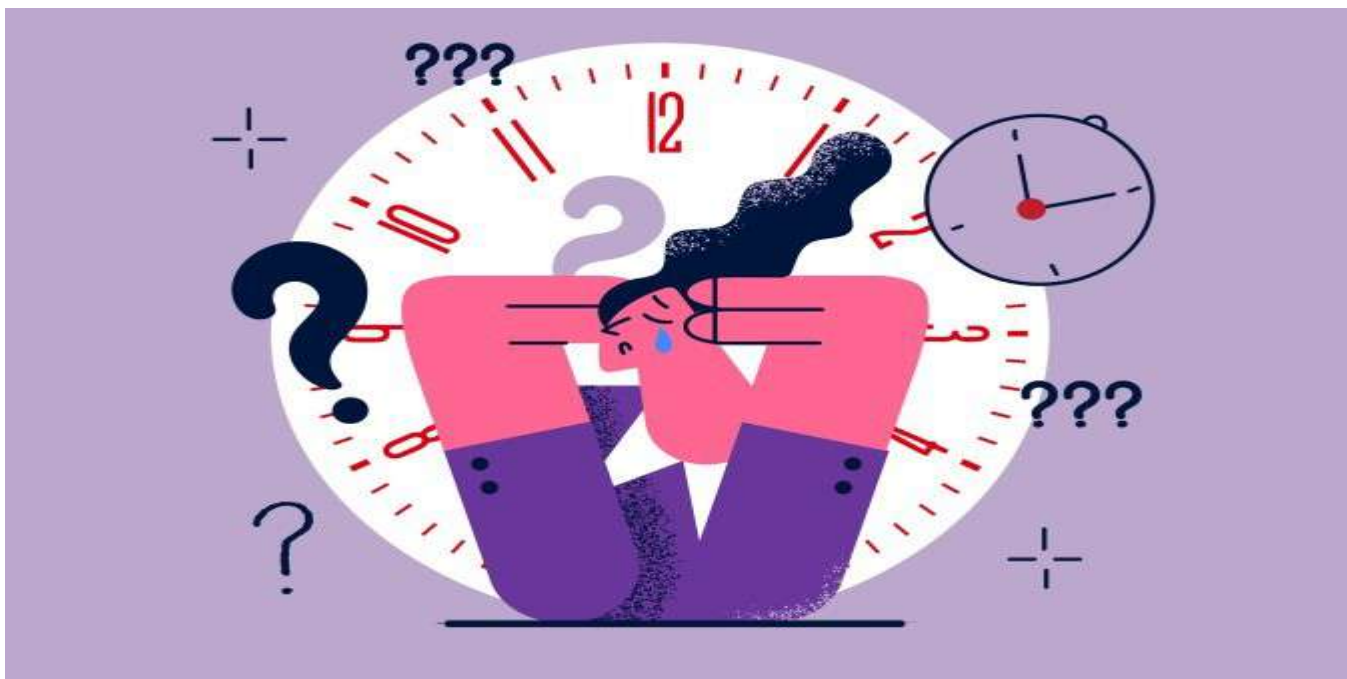
ricordati che posso essere bravo a imitare/copiare i movimenti: nelle aprassie non sostituirmi, ma prova a farti imitare



## RISPETTA I MIEI TEMPI:

avrò **NECESSITÀ DI PIÙ TEMPO** per fare le cose, ma se me lo lasci (o mi dai un aiutino) ci riuscirò.....al contrario, se mi metti fretta, mi confonderò, mi agiterò, non riuscirò a fare quello che devo fare e.....mi deprimerò, smetterò di fare le cose.....o al contrario mi arrabbierò

se non voglio fare una cosa in questo momento, puoi cercare di **OBBLIGARMI**? Sei sicuro? Prova a pensare come mi sentirò e come potrò reagire.....le attività possono, in genere, essere rimandate a momenti migliori.....



**RISPETTA I MIEI LIMITI:**

**SCOMPONI I GESTI COMPLESSI** in gesti semplici,

**SCOMPONI LE ATTIVITÀ COMPLESSE**, in più attività semplici

Evita la presenza di **TROPPI STIMOLI**: possono confondermi, possono attrarre la mia attenzione e farmi smettere di fare ciò che sto facendo, possono agitarmi...:

- la televisione al momento del pasto
- tovaglia con disegni stampati
- la spesa nei grossi centri commerciali
- luoghi con luminosità o musica eccessiva



Ma anche la **MONOCROMIA** può dare lo stesso problema:

- il bagno con sanitari e piastrelle bianche
- l'acqua in fondo al water



## AIUTAMI A FARMI SENTIRE SICURO E AL SICURO:

\*quando tutto intorno a me tende a confondersi, a svanire, il fare sempre le stesse cose, nello stesso modo mi aiuta..... ricorda che la **ROUTINE** mi dà stabilità

\*una **ATMOSFERA SERENA** a



## NON MI GIUDICARE:

se fai ciò avrò sempre meno fiducia in me stessa, mi isolerò, farò sempre meno le cose....e come con un cane che si morde la coda.....ciò farà in modo che la mia malattia progredisca

## AIUTAMI A EVITARE L'ISOLAMENTO SOCIALE E FAMILIARE:

**-NON VERGOGNARTI** di me,  
accettami per quello che sono adesso  
aiutami a farmi accettare dagli altri:

**DA SOLI TUTTO È PIÙ FATICOSO,  
È PIÙ FACILE DIMENTICARE,  
DIVENTARE APATICI E DEPRESSI....LASCIARSI ANDARE**



**-FAMMI PARTECIPARE** a pranzi, uscite, feste di famiglia

-ricordati che sul territorio c'è una **RETE** che svolge attività per il rallentamento della progressione della malattia: Centro Diurno, Caffè Amarcord, Meeting center....

## **IMPARA A COMUNICARE CON ME IN MODO ADEGUATO.....MI/CI AIUTERÀ!**

\*non chiedermi il “perchè” delle cose....non sono in grado di rispondere....quindi passerò dall'ansia all'agitazione. Chiedimi “chi, cosa, dove, quando, come”

\*se mi parli con un tono calmo, mi metterai a mio agio....se inizi a urlare, agitarti innervosirti io lo avvertirò (anche nella fase avanzata della malattia) e agirò di conseguenza.....

\*se mi parli guardandomi negli occhi, in una posizione parallela e allo stesso livello, se con la tua gestualità mi fai capire che mi posso fidare....molto probabilmente riusciremo a comunicare.....

\*se quando parlo o tento di parlare mi metti fretta, mi correggi, previeni le mie parole.....è facile che io mi isolerò, non comunicherò più con te

\*se quando parli mi dai tante informazioni, mi fai tante domande, è facile che io mi confonda, mi innervosisca e mi isoli.....

\*impara a fare attenzione anche al mio linguaggio non verbale....

posso indicarti tante cose....



## AIUTAMI A SEGUIRE CORRETTI STILI DI VITA

\*alleniamo la mente:

parole crociate, puzzle, memory, lettura, gioco delle carte, hobby, vita sociale attiva, attività pratiche che prevedono la manipolazione di vari materiali

\*corretta alimentazione e idratazione:

-dieta sana (cereali, pesce, legumi, frutta fresca), variegata e povera di grassi

-fammi aiutare quando cucini

-prova a trasformare gli alimenti che non gradisco

-cuciniamo cibi che mi ricordano il passato

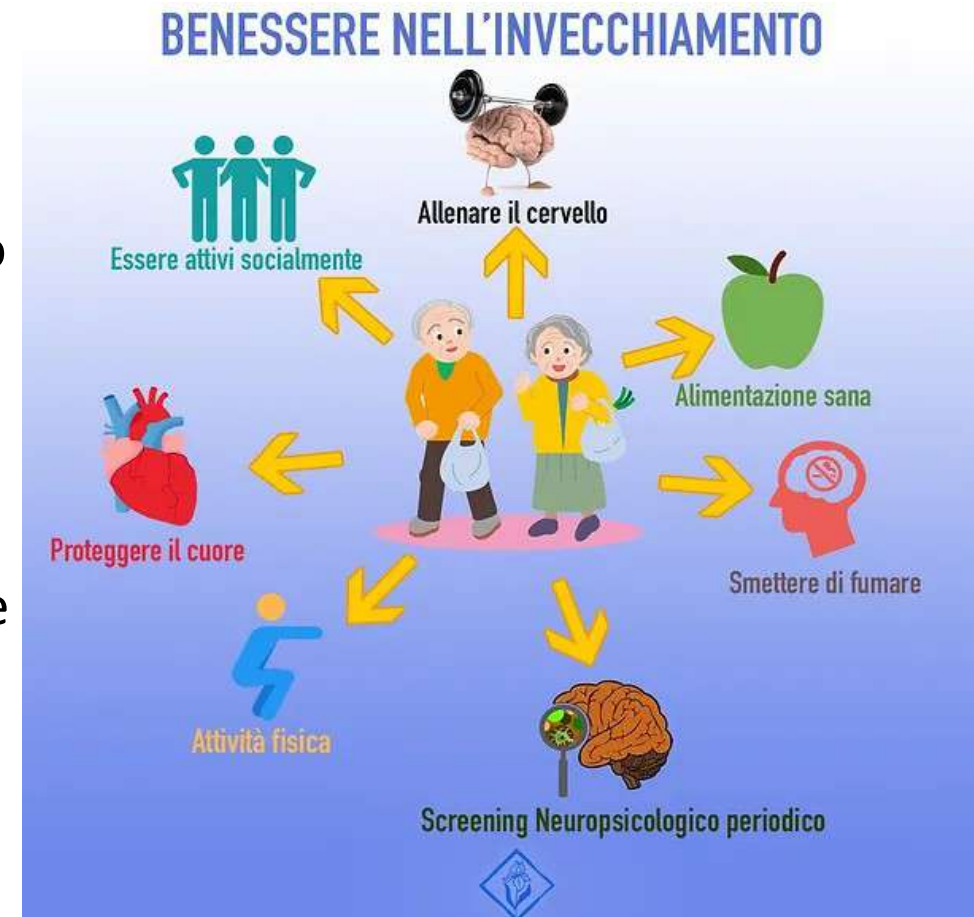
-posso idratarmi anche senza bere.....

ghiaccioli, brodi, yogurt, anguria.....

\*adeguato movimento: camminare, ginnastica dolce, ballo, bicicletta o cyclette

\*consumo di alcool e fumo:

Meglio limitare o evitare del tutto



# FAI IN MODO DI SOSTENERMI NELLE MIE FRAGILITÀ CON ATTIVITA' PRATICHE E COMPORTAMENTALI:

## • MEMORIA TEMPORALE RECENTE E DEL PASSATO

- non mettermi in difficoltà facendomelo notare o peggio ancora facendomelo pesare...
- evita frasi come “te lo avevo già detto”, “non ricordi?”

ma sostienimi:

-tutti i giorni, ricordami che giorno è, che mese è, che anno è.... **CALENDARIO** e **OROLOGIO** sono fondamentali

- scriviamo le cose da fare in **POST IT**: il poterli leggere mi rassicurerà
- impariamo a ricordare parlando di quello che abbiamo fatto in passato o di quello che dobbiamo fare: una volta i nostri nonni passavano serate intere a rievocare la loro vita passata, mantenendo viva la loro storia, la loro memoria (**RIEVOCAZIONE DEI RICORDI**)



- sfogliamo assieme l'**ALBUM DI FAMIGLIA**: è pieno di volti a me familiari che posso ricordare, posti in cui ho trascorso bei momenti.....
- fammi giocare a quei **GIOCHI** che mi aiutano a mantenere la memoria: memory, carte, giochi delle parole, parole crociate.....: non importa vincere, ma partecipare!
- costruiamo un **CALENDARIO DELLE ATTIVITÀ**
- fammi **LEGGERE** o **ASCOLTARE**: non dobbiamo leggere per forza la Divina Commedia, ma pezzi a me comprensibili





## •MEMORIA SPAZIALE

-per quanto riguarda gli ambienti di casa, aiutami ad identificarli.....se riesco a capire dove è il bagno, se ne avrò bisogno è più facile che lo utilizzi, stessa cosa per la cucina se ho fame, la camera da letto per dormire.....**CARTELLI** sulle porte con scritto o disegnato l'ambiente a cui si accede, evitare il monocolorismo in bagno o i disegni sulle tovaglie perchè confonde.....

-se ti chiedo di andare a casa (magari da mia mamma) perchè questa non la riconosco come casa mia, non farmi andare in panico obbligandomi a stare qui.....potresti cercare di capire se ho altri bisogni sottostanti.....potrei avere la necessità di sentirmi al sicuro, protetto.....

-se non so che strada devo fare per andare in un certo posto, corro il rischio di perdermi.....un **GPS** può esserti utile a ritrovarti (il cellulare lo ha ed è pratico, ma fai attenzione, perchè non è detto che lo porti con me), come anche un biglietto in tasca che indichi la mia residenza

-il problema della memoria spaziale, si ricollega al problema della **PATENTE**....posso essere un pericolo per me e per gli altri



## •MEMORIA DELLE PERSONE CHE MI CIRCONDANO

se non ti riconosco o ti scambio per un altro, non ti offendere.....

ma.....

-sfogliamo gli **ALBUM DELLE FOTO**, per aiutarmi a ricordare i volti e i nomi delle persone a me care

-**RISPETTAMI**, non deridermi, io probabilmente ti ricordo in un'altra epoca.....

-**ASSECONDAMI**, magari chiedendomi di fare qualcosa che facevamo in passato

## •LINGUAGGIO

non mettermi in difficoltà quando mi mancano le parole, sono rallentato nei discorsi, faccio fatica a seguirti, a spiegarmi....

ma sostienimi:

-**RISPETTANDO I MIEI TEMPI e LE MIE DIFFICOLTÀ**

-**NON ISOLANDOMI**, ma facendomi sempre partecipare alla vita familiare

-cercando di capire se ho **NECESSITÀ DI COMUNICARE UN BISOGNO**, dolore, disagio...

-facciamo **GIOCHI** di parole (5 parole che iniziano con....), proviamo a ricordare a distanza di tempo 3-4 parole, leggiamo, facciamo le parole crociate....

-**PARLAMI IN MODO CHIARO E SEMPLICE**

-se ho un linguaggio scurrile, ignoralo

## •AGITAZIONE E AGGRESSIVITÀ

non scattare anche tu, ma sostienimi....

-cercando di **CAPIRE PERCHÈ** mi sto agitando o sono diventato aggressivo

-cercando di portare la mia **ATTENZIONE SU ALTRO**

-facendo attenzione alla tua e alla mia **INCOLUMITÀ**....in questi momenti posso trovare una forza inimmaginabile dentro di me.....in questi momenti una via di fuga è sempre importante

-ricorda che ci sono **ALIMENTI** che possono aumentare la mia agitazione...evita di farmi bere bevande con caffeina e teina

## •DELIRI E ALLUCINAZIONI

quando la fantasia diventa realtà, quando il non ricordare quel che faccio scatena le mie allucinazioni, le mie accuse...non mi deridere, ma sostienimi...

-cerca di **CAPIRE COSA SCATENA** la mia allucinazione e togliila....oppure allontanami da essa.....puoi cercare di distrarmi.

-**NON TI OSTINARE A NEGARE** ciò che vedo.....per me è reale, se mi contraddici posso arrabbiarmi, posso non fidarmi di te

-se penso che qualcuno mi abbia rubato qualcosa...tu cercalo...oppure prendine uno di scorta, in caso di bisogno

-cerca di distrarmi

## •DIFFICOLTÀ A PROGRAMMARE

\*quando non sarò più in grado di programmare, **NON SOSTITUIRTI SUBITO** a me....facciamolo per gradi.....

\*scriviamo **POST IT**, liste per la spesa.....

\***CALENDARIO DELLE ATTIVITÀ** può aiutarmi a ricordare quello che è da fare e a rendere le attività routinarie

-vestirsi/svestirsi

\*possiamo preparare i vestiti

\*puoi indicarmi l'ordine con cui devo indossare i vestiti

-igiene personale

\*puoi ricordarmelo

\*possiamo rimandare se proprio non intendo farlo

\*rispetta la mia pudicità

\*ricorda che un ambiente confortevole, mi può far propendere a farlo

\*l'imitazione può essere una tecnica valida

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**



**DISCUSSIONE**

# *I trattamenti non farmacologici per le demenze: tra teoria e pratica*

# I trattamenti non farmacologici per le demenze dalla teoria alla pratica

Dott.ssa Sabrina Stinziani  
Psicologa Psicoterapeuta  
AUSL di Bologna

## Un prerequisito fondamentale: **LA COMUNICAZIONE**

- Primo assioma della comunicazione:  
«Non si può non comunicare»
- Una reale comunicazione è possibile quando emittente e ricevente hanno una stessa rappresentazione mentale a cui danno uno stesso significato (Watzlawick)

- 1** È impossibile non comunicare.
- 2** Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione.
- 3** La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione.
- 4** Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico.
- 5** Gli scambi della comunicazione sono simmetrici o complementari.



# Come cambia la comunicazione e la relazione

- Con la demenza la comunicazione cambia
- La demenza fa perdere progressivamente la capacità di comunicare verbalmente, ma conserva la capacità di comunicazione non verbale
- Il caregiver trasmette le proprie **emozioni** attraverso il canale non verbale
- L'anziano comunica i propri stati interiori anche attraverso bruschi e repentini cambiamenti del comportamento (atteggiamenti oppositivi, aggressività verbale o non verbale, stati di agitazione)



# Cosa vorrebbe comunicare l'anziano

- Che nell'ambiente qualcosa lo disturba (luce, rumore, troppi stimoli, persone ecc)
- Che sente un dolore fisico e non riesce ad esprimerlo verbalmente e spesso non sa identificarlo
- Che ha fame o sete e non riesce a esprimerlo verbalmente
- Che ha bisogno di andare in bagno, ma non riesce ad esprimerlo con le parole
- Che non capisce o lo disturba ciò che gli viene chiesto di fare

# Cosa fare

- Accettare il mondo nella quale vive l'anziano e i sentimenti che prova
- NON cercare di farlo Ragionare usando i dati di realtà
- Non cercare a tutti i costi di riportarlo nel qui ed ora
- Lasciargli il tempo di spiegarsi. NON anticipare o interrompere con domande o commenti
- Porre domande semplici per migliorare la chiarezza e la comprensione del messaggio (riformulando, parafrasando, sintetizzando i concetti e usando esempi)

# Come comportarsi per migliorare la comunicazione

- Mantenere una posizione frontale cercando un contatto oculare, evitare interruzioni esterne
- Scandire bene le parole
- Utilizzare più canali comunicativi: vista (mostrando un oggetto), tatto (toccandolo, accarezzandolo, prendendogli la mano), udito (cantando), olfatto (facendogli annusare un profumo)
- Rassicurare comunque l'anziano quando non capisce e lodarlo quando ci riesce
- Recuperare la sua attenzione attraverso un contatto fisico: toccandogli la mano, accarezzandolo o chiamandolo per nome
- Prenderlo sottobraccio
- Accettare i suoi tempi di risposta, anche se sono rallentati
- Non spazientirsi di fronte a risposte senza senso

# Quando c'è un decadimento moderato o severo nell'anziano

- Occorre accogliere senza giudicare
- RICORDARE SEMPRE CHE NON LO FA APPOSTA
- Non si può capire completamente, né modificare il comportamento della persona con demenza. Potrebbe non voler cambiare o non avere la capacità per l'introspezione e il cambiamento

# L'ascolto attivo



Facilita la comunicazione e  
mantiene sintonia e  
sintonizzazione

- Atteggiamento attento al racconto dell'altro
- Ridotto numero di interventi
- Attenzione rivolta alla comunicazione e al contenuto emotivo che l'altro sta portando
- Atteggiamento empatico, privo di giudizi
- Annuire, incoraggiare, sorridere e intervenire ripetendo alcune parole della persona o facendone un riassunto per chiarire il messaggio

# Le barriere della comunicazione

- Dare ordini e comandare
- Mettere in guardia, minacciare, promettere
- Dare consigli affrettati, dare soluzioni
- Persuadere e convincere usando il ragionamento
- Giudicare, criticare o biasimare
- Minimizzare e ridicolizzare
- Fare diagnosi, interpretare
- Interrogare
- Assecondare con frasi come «anche a me è successo»



# Terapie non farmacologiche

«Qualsiasi strategia o tecnica di intervento che permetta ai pazienti e ai loro familiari di gestire, convivere, superare o ridurre il deficit» Wilson, 1997

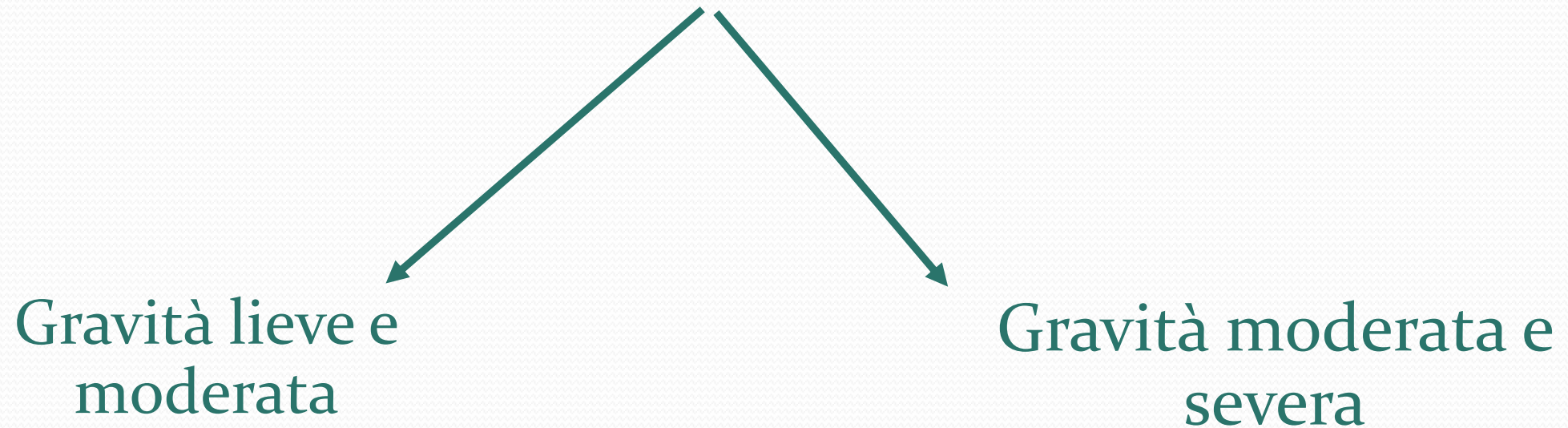
# Trattamenti non farmacologici

- Hanno un impatto positivo sulle funzioni cognitive, sullo stato di salute e sulla qualità di vita di persone con patologie neurodegenerative.
- Riconosciuti a livello internazionale come principale strumento di prevenzione primaria e secondaria, con un'importante impatto in diversi stadi clinici della malattia: dal MCI alla demenza
- Interventi efficaci per la prevenzione e gestione dei BPSD

# Raccomandazioni ALCOVE, 2013

- In termini di sanità pubblica, gli interventi di prima linea per la prevenzione e la gestione dei BPSD dovrebbero essere gli interventi psicosociali (PsychoSocial Interventions, PSI), e in particolare, il primo livello dovrebbe essere rappresentato dai programmi psico-educazionali. Ciò in ragione del fatto che i PSI sono efficaci sui disturbi comportamentali. I programmi psico-educazionali devono essere parte di programmi nazionali per la demenza. Ciò in ragione del fatto che i PSI e i programmi psico-educazionali sono efficaci per prevenire i BPSD e sono interventi facili da implementare.
- Tutti gli interventi psicosociali dovrebbero essere mirati su entrambi (pazienti e caregivers), personalizzati e regolarmente sottoposti a revisione.

# Diversi trattamenti per diverse fasi



# Gravità lieve e moderata

- ROT
- Stimolazione cognitiva
- Training cognitivi computerizzati (CCT)
- Terapia della Reminiscenza

# ROT Reality Orientation Therapy

- ROT: Reality Orientation Therapy (Tulbee and Folsom, 1966) è un processo di stimolazione continua che può essere effettuata sia dagli operatori, ma anche dai familiari.
- L'applicazione della ROT nella fasi iniziali e intermedie della malattia ritarda il collocamento in casa di cura e rallenta la progressione del declino cognitivo (Metitieri et al., 2001)
- Nell'epoca Covid sono stati studiati modi per applicare la ROT tramite telefonate, (T-ROT) che si sono dimostrati efficaci per monitorare e gestire i sintomi comportamentali dei pazienti costretti all'isolamento (Panerai et al., 2021)



# ROT Reality Orientation Therapy



Parlare del tempo e della stagione,  
Osservare quali tipi di abiti sono adatti  
per la stagione e il clima

Conversare su notizie quotidiane e  
usare il giornale per sottolineare la  
data odierna

Chiacchierare sul cibo e sulle pietanze  
di stagione







# Stimolazione cognitiva

- Esistono diverse metodiche (es. palestra della mente, memory training...), in assenza di protocolli di trattamento condivisi e strutturati, ad eccezione della CST (*Terapia di Stimolazione*

*Cognitiva di Spector et al., 2003*).

- Esercizi guidati e strutturati che stimolano specifiche funzioni cognitive (memoria, attenzione, ragionamento, orientamento, linguaggio);

- *Favorire l'utilizzo di strumenti e strategie compensativi e il mantenimento delle funzioni residue.*

Settimana: Oggi è: L M M G V S D  
Dal giorno: Al giorno: ANNO:  
MESE: Primavera Estate Autunno Inverno  
Oggi sono... Com'è il tempo? Gradi?  
Cosa ho mangiato oggi?  
Ore 8: Pasta/Pane Frutta Verdura Legumi Fungo/Carciofi Latte  
Ore 12: Uova Pesce Carne Dolce  
Quanto ho bevuto? N° di bicchieri: SI NO  
Ore 20: Ho dormito? Ho fatto ginnastica? Dolore? SI NO  
SI NO Con le gambe? Con la testa? Quanto? SI NO  
Bene Poco SI NO SI NO Dove? testa corpo arti  
FARE TAGAMENTI DI VISITE MEDICHE: RICETTE: TELEFONARE A:

**Symbol Digit Modalities Test Manual**

**SECONDARIO MOLTO FREQUENTE**

ARE	RAGNO	DIVANO	ORO
IO	SEDIA	VETTA	CAPALLO
RO	GALLO	BANANA	MARTO

**SECONDARIO POCO FREQUENTE**

TE	LUNA	RALENI	FOGNA
IE	UOMO	SEME	CENERE
OLO	TERRE	SONNO	CERA

**SECONDARIO MOLTO FREQUENTE**

RO	PALAZZO	ANTENNA	CRANIO
JA	FOTO	LINEA	FUCILE
J	TOVAGLIA	NAVE	LUCE
EGIA	GONNA	ERBA	FILCO

**SECONDARIO MOLTO FREQUENTE**

SO	NEVE	CUBO	GIACCA
A	PECORA	ACQUA	OGGIO
IO	FOLLA	BRODO	FIENO
JA	LACCIO	VASO	SCUDO

**SECONDARIO MOLTO FREQUENTE**

ITO	MATITA	CAMMINO	TORTA
IA	CAPRA	ESTATE	GIUBBONO
ILA	FUOCO	PINGUINO	PADELLA
LIE	MUCCA	NOCE	CORALLO

**SECONDARIO MOLTO FREQUENTE**

IA	AUTO	MULO	CHIESA
	VINO	ORMA	COBRA
		TORRE	GABBIA
			NASO

**COPPIE DI PAROLE NON ASSOCIATE**

Memorizza le seguenti coppie di parole. Poi le copierai e compilarai la lista.

GATTO → PEPE  
CARTA → SCALA  
LAMA → GAMBO  
SARTA → LUCE  
CULLA → NOTA  
RASO → SCENA

GATTO → P. \_\_\_\_\_  
CARTA → S. \_\_\_\_\_  
LAMA → G. \_\_\_\_\_  
SARTA → L. \_\_\_\_\_  
CULLA → N. \_\_\_\_\_  
RASO → S. \_\_\_\_\_

- Oltre ad incidere sulla sfera cognitiva, può migliorare la qualità della vita e l'umore della persona
- Intervento raccomandato in varie linee guida e ampiamente implementato a livello internazionale

Cochrane Library, Woods et. Al, 2003

# Training cognitivi computerizzati

- Negli ultimi anni stanno suscitando sempre maggior interesse (Cavallo et al., 2019)
- Obiettivo: implementare le funzioni cognitive e migliorare la qualità di vita. In generale mettere in moto la plasticità neurale recuperando le funzioni indebolite e rallentare il progredire della patologia.



## *Vantaggi:*

- ❖ maggiore accessibilità
- ❖ possibilità di personalizzare il contenuto e la difficoltà del training (Owen et al. 2010)
- ❖ Rendere l'intervento meno frustrante e più godibile
- ❖ Motivazione e partecipazione.

*Wiley (Martin et al., 2011) Cochrane (2011) meta-analisi su 150 studi, dai quali risulta la significatività scientifica delle attività di stimolazione cognitiva.*



# Terapia della reminescenza

- Introdotto alla fine degli anni '70
- Discussione di eventi ed esperienze passate per favorire il riemergere dei ricordi
- Diversi strumenti a supporto, come la musica, le immagini, i libri, le fotografie, gli oggetti che consentono alla persona di rievocare i ricordi del passato
- Potenzia le capacità mnesiche remote integrando i ricordi passati con quelli recenti
- Migliora:
  - Qualità di vita
  - Funzioni cognitive
  - Comunicazione
  - Umore

Cochrane Woods et al., 2018

# Gravità moderata e severa

- Validation Therapy
- Gentlecare
- Terapia occupazionale
- Ambiente protesico
- Pet therapy
- Doll therapy
- Arteterapia
- Musicoterapia
- Terapia multisensoriale -snoezelen room
- Terapia del contatto
- Terapia del sorriso

# Validation Therapy

- Introdotta da N. Feil nel 1967
- Obiettivo: entrare nella realtà della persona con demenza attraverso un rapporto empatico, accogliendolo in qualsiasi tempo o luogo si trovi, senza pretendere di ri-orientarlo nel tempo presente
- Gli interventi e le tecniche utilizzate si basano sui metodi di psicoterapia e supportano le necessità della persona nei differenti stadi della demenza



# Cesarina



# Modello Gentlecare-Moyra Jones

-persone →

Atteggiamento appropriato, motivazione, linguaggio e capacità comunicativa, professionalità, esperienza, osservare, analizzare e risolvere i problemi, rispetto e senso dell'umorismo

-programmi →

Valorizzate le attività "primarie" (mangiare, lavarsi, vestirsi), "necessarie" (riposare, dormire, avere momenti di privacy), "essenziali" (muoversi, comunicare), "significative" (dal lavoro al gioco).

E' la giornata normale che va riempita di occasioni.

-spazio protesico →

Elementi caratteristici dell'ambiente sono la sicurezza, la familiarità, la plasticità, il comfort, la chiarezza nell'uso dello spazio: semplice e domestico.





# Ambiente protesico

- Nel modello protesico l'ambiente ha un ruolo fondamentale nell'assistenza del malato di demenza: può incidere e modificare il comportamento della persona stesso e viceversa la persona può influenzare l'ambiente in cui si trova
- Creare un ambiente accogliente, terapeutico e familiare, utilizzando mobili, materiali ed effetti personali che ricordano il passato del malato.
- Arredamento delle stanze in comune (cucina, salone) e personali (camera da letto e bagno) strutturate in modo da garantire serenità alla persona e permetterle di spostarsi da un ambiente all'altro con consapevolezza, senza rischi e in sicurezza (Jones, 2005; Ottima Senior, 2016)

# Ambiente protesico



# Terapia occupazionale

- Sviluppata in America e introdotta in Italia negli anni '60
- Aiuta la persona ad occuparsi nuovamente in attività significative, aumentare il senso di competenza, soddisfazione ed efficacia suscitando nuovo interesse per l'occupazione e aumentando la percezione soggettiva della propria qualità di vita (Abraha et al., 2017).
- Rieducazione funzionale: tramite attività e occupazioni diverse (arti, mestieri, attività domestiche o ludiche) si propone di recuperare e potenziare le abilità cognitive e funzionali residue e di favorire la socializzazione

# Esempi di attività occupazionale



	PRANZO
	_____
	Pastina in brodo
	prosciutto /Formaggio
CONTORNI	Purè
FRUTTA	Frutta fresca yogurt
CENA	
PRIMI	Passato di verdura Pastina in brodo
SECONDI	Formaggio
CONTORNI	Purè
FRUTTA	Frutta cotta

## ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

tempo di svolgimento 15'

Le attività a cui è possibile chiedere la collaborazione sono:

- apparecchiare e sparecchiare la tavola
- preparare tè o caffè
- annaffiare piante
- asciugare posate e stoviglie
- piegare la biancheria
- riordinare luoghi comuni

# Canto

- Attività canora individuale o di gruppo volta a stimolare le capacità verbali. Tale attività ha altresì lo scopo di favorire la coesione della relazione stimolando la persona a entrare in contatto attraverso un'attività piacevole e gratificante.



## **PROTOCOLLO ATTIVITA' DI CANTO**

Tempo di svolgimento 15'

Attività di canto con canzoni popolari generalmente conosciute dalla maggior parte degli ospiti (testi delle canzoni disponibili in nucleo).

- Promuovere il canto di gruppo, nel caso cantando a propria volta;
- Canto senza base musicale;
- Prima di cominciare ricordare il titolo della canzone e l'autore chiedendo chi la conosce e chi invece necessita del testo sotto;
- Promozione del dialogo tra gli ospiti rispetto alle canzoni e ad esperienze legate ad esse;



# I.A.A - Interventi Assistiti con gli Animali

- Intervento terapeutico incentrata sull'interazione con un animale (spesso il cane – Pet Therapy), che si avvale delle sue capacità rasserenanti e rassicuranti.
- Terapia descritta per la prima volta nel 1792; Boris M. Levinson nel 1953 coniò il termine; Levinson, 1961 «The dog as co-therapist» “Un animale da compagnia è in grado di offrire un amore senza confini e un’approvazione incondizionata”.

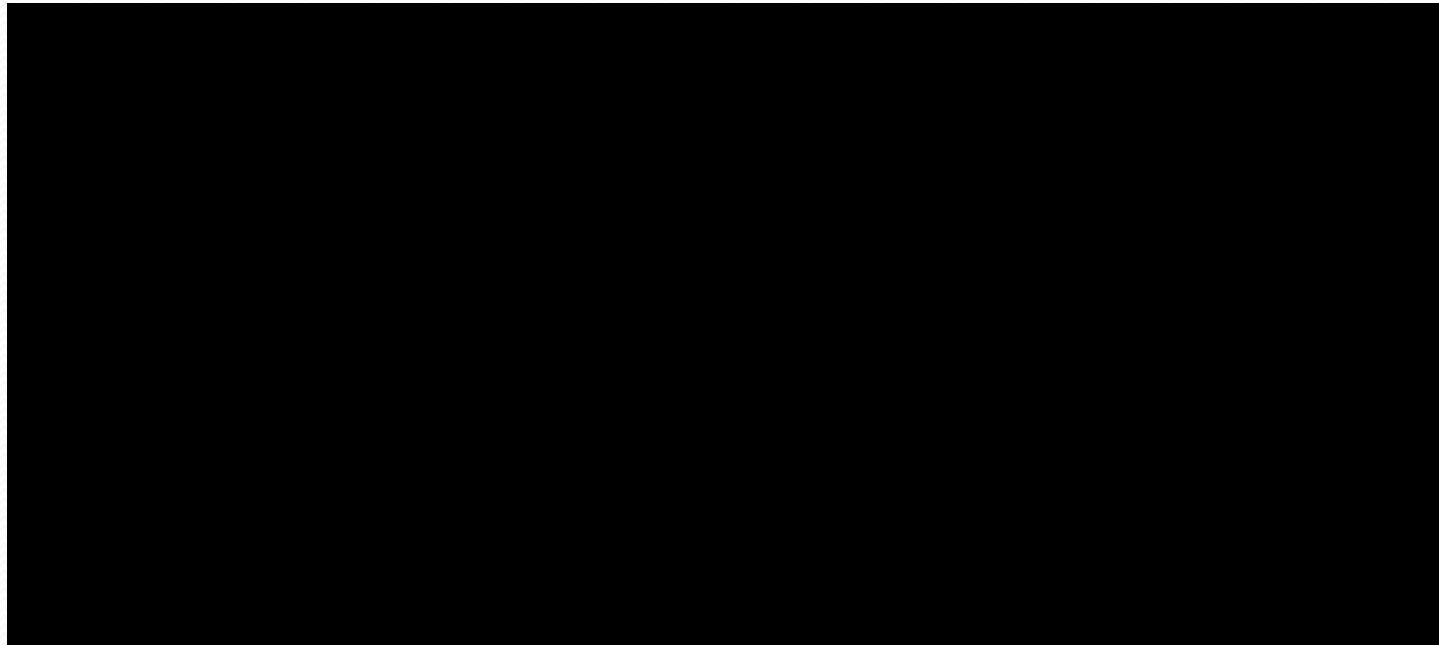


## *Benefici:*

- Riduce BPSD, efficace specialmente sul quadro depressivo (Chen et al., 2022)
- A livello cerebrale vi è una risposta automatica di rilassamento, riduce la sensazione di ansia, contribuisce all'abbassamento della solitudine e può aiutare a rievocare i ricordi.
- Ridurre la pressione sanguigna e migliora la salute cardiovascolare
- Aumenta l'attività fisica
- Può **migliorare la memoria** a breve termine e le capacità di comunicazione

# Pet Therapy

link fattoria Orelia video





# Doll therapy

- Trattamento che nasce dalla combinazione di tre teorie:
  1. Teoria dell'attaccamento: in situazioni di paura/pericolo, l'essere umano ha bisogno di legami affettivi
  2. Teoria dell'oggetto transizionale: alcuni oggetti possono avere proprietà calmanti e alleviare e diminuire l'angoscia
  3. Teoria centrata sulla persona: individuo al centro della cura, che si basa sulla sua collaborazione nel processo decisionale
- Obiettivo: promuovere l'attaccamento, la compagnia e il senso di autoefficacia nelle persone con demenza
- Efficacia su BPSD, migliora lo stato emotivo e promuove la comunicazione (Martin-Garcia et al., 2022)

# Doll therapy



IMG\_0801.MOV





# Arteterapia

- «Forma di terapia che utilizza i media artistici come principale modalità di comunicazione. Non occorre abilità o esperienza nell'arte. L'obiettivo è consentire alla persona di cambiare e crescere attraverso l'uso di materiali artistici in un ambiente sicuro e facilitante» (British Association of Art Therapists)
- Nella persona affetta da demenza è preservato il gusto estetico e dell'arte
- L'arteterapia può attirare l'attenzione, fornire piacere e migliorare i BPSD, il comportamento sociale e l'autostima, contribuendo al senso di benessere individuale (Deshmukh et al., 2018)



# Il biglietto da visita



Il Biglietto da Visita- rappresenta per l'arteterapeuta un buco nella rete, l'apertura della porta che l'utente azzarda per invitarlo ad entrare. Uno spiraglio, un suggerimento visivo, quasi mai consapevole, che è estremamente importante per fare la decodifica dopo la fase di Osservazione ed evitargli di condurre il proprio utente in un percorso che non gli è proprio (De Gregorio et al., 2)

Il caso di Augusta

# Musicoterapia

- Musica e suono come strumento di comunicazione non verbale per indurre effetti educativi, riabilitativi o terapeutici in diverse malattie, inclusa la demenza
- Anche negli stadi più acuti, le competenze musicali fondamentali (intonazione, sincronia ritmica e senso della tonalità) sono preservate
- La memoria musicale è intatta nel deterioramento cognitivo: melodia come via di accesso alla memoria della persona con demenza
- Il suono esplicita una significativa attivazione cerebrale in diverse aree corticali e sottocorticali, in particolare nel sistema limbico e paralimbico (aree coinvolte nei processi emotivi) e stimola il rilascio di dopamina (ormone del benessere)
- I suoni di 8 Hz o multipli stimolano l'attività cerebrale, in particolare onde theta e alfa (es. sinfonia 40 di Mozart o sinfonia 9 di Beethoven). La musica permette di modificare le onde teta cerebrali e di favorire il rilassamento
- Efficacia su BPSD e su sintomi depressivi, favorisce comunicazione e funzioni cognitive (Moreno-Morales et al., 2020)

# Musicoterapia

- Evidenze cliniche su agitazione, aggressività, vagabondaggio, irritabilità, agitazione psicomotoria (Vink et al., Cochrane Review, 2011)
- Video ballerina lago dei cigni

<https://youtu.be/ME3ideMOJws?t=6>



# Aromaterapia

- Derivata dalla fitoterapia, prevede l'utilizzo di olii ed essenze derivate da piante aromatiche per alleviare problemi di salute e migliorare la qualità di vita
- Effetti: promozione di rilassamento, sonno, sollievo dal dolore e riduzione di sintomi depressivi
- Dimostrata efficacia clinica su BPSD, disturbi del sonno e agitazione psicomotoria (Holt et al., Cochrane Review, 2009)



# Terapia multisensoriale

- Stimolazione dei sensi per compensare la deprivazione a cui va incontro la persona affetta da demenza, cercando di ripristinare un equilibrio e calmare attraverso input sensoriali
- Terapia della luce- Bright Light Therapy
- Snoezelen:

Snoezelen e i giardini sensoriali prevedono ambienti dotati di strumenti appositi per stimolare tutti i sensi.



# Terapia multisensoriale

## SNOEZELEN – due parole : respirare e rilassarsi





# Terapia del contatto

- Il massaggio e il tocco possono rilassare le persone anziane con demenza, ridurre BPSD, tra cui vagabondaggio e resistenza alle cure, migliorare l'appetito, il sonno e i problemi di comunicazione respiratorio, aumento temperatura corporea, rilascio di ossitocina.
- Ossitocina -> può ridurre il disagio, l'agitazione, la pressione sanguigna e la frequenza cardiaca e migliorare l'umore.
- Aiuta le persone affette da demenza a conservare un senso di comunicazione significativa e rassicurante anche quando le parole mancano e può aiutare ad attivare i ricordi (Zucchella et al. ,2018).



# Terapia del sorriso

- Esperienza condotta in RSA
  - Emozioni positive promuovono effetti positivi sul funzionamento emotivo-affettivo e cognitivo.
  - La risata a livello fisiologico promuove la funzione immunitaria, la tolleranza al dolore e riduce la risposta allo stress (Takeda et al., 2010)

R.S.A. "Virginia Grandi"

Il Clown in R.S.A.,  
la terapia del sorriso



Sabrina Stinziani, M. Christine Melon

QUADERNI CADIAI

[https://youtu.be/fS2XK\\_7tAwk](https://youtu.be/fS2XK_7tAwk)

L'arte di essere fragili

- Cortometraggio
- D'Avenia Alessandro

Grazie per l'attenzione



*Il ruolo del Caregiver: come aiutare chi  
aiuta*

*I nuovi progetti a sostegno del Caregiver*

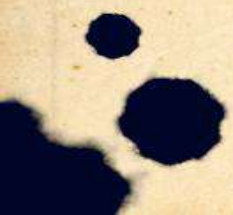


**Il Ruolo del Caregiver: come aiutare chi aiuta**

**I Progetti a sostegno del Caregiver**

Scuola Online del Caregiver  
23 Maggio 2024

Eleonora Mantovani  
Laura Vella



# Temi

- Il caregiver: il suo ruolo, i suoi diritti ed i suoi impegni
- Le normative nazionali e regionali
  - FOCUS: i Punti Unici Caregiver
- I progetti a sostegno del caregiver

# Chi è il caregiver?

Caregiver, dall'inglese care "cura" e giver "chi dà", indica "colui o colei che si prende cura": è la persona che assiste, presta vicinanza a un proprio caro malato e/o disabile.

Spesso la persona cara è all'interno della propria cerchia familiare, talvolta al di fuori. Può essere un anziano fragile, un minore o una persona disabile, oppure chi è di fronte a un problema che non gli permette di stare bene e non gli consente un vivere autonomo o autosufficiente.

Il Caregiver contribuisce alla *qualità di vita, alla salute e al benessere della persona bisognosa di cure.*

# I diritti ...

- ❖ **Informazione e formazione**

informazione puntuale sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sui criteri di accesso ai Servizi, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura, nonché sulle di formazione ed orientamento;

- ❖ **Supporto, affiancamento e sollievo**

sostegno pratico, psicologico e relazione, attivazione di reti solidali a contrasto dell'isolamento;

- ❖ **Coinvolgimento nel percorso di definizione e realizzazione del Progetto di Vita della persona cara;**

- ❖ **Ascolto**

a livello alto istituzionale per comprendere le progettualità più idonee; attenzione rivolta agli aspetti psicologici, stati emotivi e al contesto personale, familiare e sociale.

- ❖ **Riconoscimento competenze ? Questo lo toglierei**

valorizzazione delle competenze maturate e supporto all'accesso o il reinserimento lavorativo del Caregiver

# ..e gli impegni!

- **Disponibilità a garantire l'assistenza, a formarsi e collaborare coi Servizi**  
A seguito dell'informazione fornita dai servizi il Caregiver familiare esprime in modo libero e consapevole la disponibilità a svolgere la propria attività volontaria di assistenza e cura, ad avvalersi di supporti formativi e di forme di integrazione con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
- **Impegno a garantire le attività definite nel Progetto di Vita del proprio caro**  
Il Progetto del singolo esplicita il contributo di cura e le attività del Caregiver familiare nonché le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari ed i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire al fine di permettere al caregiver di svolgere al meglio le attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischi per l'assistito e per sé stesso.





## La salute del Caregiver

L'impegno costante dedicato ad una persona cara può mettere alla prova l'equilibrio psico-fisico del caregiver, i rapporti all'interno del suo nucleo familiare e la rete delle sue relazioni.

La condizione del caregiver familiare è spesso caratterizzata da un **forte impatto emotivo e relazionale che può creare malessere e disagio se vissuto in solitudine.**

Il lavoro di cura può avere serie implicazioni sul piano fisico, relazionale, emozionale ed economico, fino a comportare un impatto sulla salute ed incidere sulle condizioni psicologiche e sulle reti relazionali del caregiver.

Per il caregiver diventa fondamentale, quindi, prendersi cura del proprio benessere



*Il caregiver di persona con demenza è maggiormente esposto allo sviluppo di depressione, di sintomatologia ansiosa e di disturbi del sonno.*

<https://www.ausl.bologna.it/cit/dem/il-caregiver/suggerimenti-per-i-care-giver>

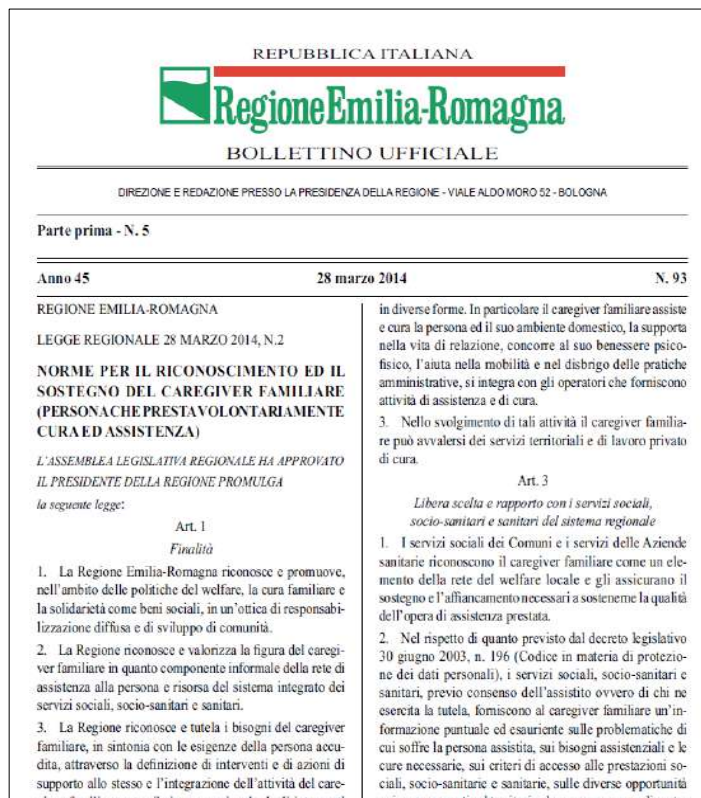
# La normativa nazionale e regionale



# I riferimenti normativi in Emilia-Romagna

## La Legge regionale 2/2014

Una legge innovativa a livello nazionale



- **Definisce e riconosce** il *caregiver* familiare
- Afferma la **libera scelta** del *caregiver*
- Richiama il **rapporto con i servizi** sociali, socio-sanitari e sanitari regionali;
- Elenca gli **interventi** a favore del *caregiver* familiare da parte della Regione, delle AUSL e dei Comuni, con la partecipazione del Terzo Settore;
- Prevede una **rete di sostegno** al *caregiver*
- Richiama la possibilità di riconoscimento delle **competenze** acquisite nel lavoro di cura;
- Prevede azioni di **sensibilizzazione e partecipazione**.

# Il Caregiver familiare: la definizione nazionale

---

**Legge n.205/2017  
art.1 comma 255**

«è la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n.78, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'art. 33 comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n.104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980 , n.18»

## Gli Sportelli Caregiver - DGR n. 858 del 2017

“Le Aziende USL ed i Comuni, definiscono, nell’ambito delle risorse disponibili, un programma/piano/progetto integrato per la valorizzazione e il sostegno del caregiver familiare (di norma nell’ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale e nei Piani attuativi annuali).

In particolare assicurano:

**le competenze e le condizioni organizzative affinché il caregiver possa essere supportato nell’accesso alla rete** (informazione, orientamento e affiancamento).

A tal fine, rendono disponibili operatori adeguatamente formati nell’ambito di sportello sociale, punto unico di accesso sanitario e sociale, servizi specifici”



Punti Unici Caregiver  
(PUC)

# La Rete degli Sportelli distrettuali per i Caregiver

## PIANURA OVEST:

Modalità di accesso: solo su appuntamento

Contatti: Laura Vella, psicologa, coordinatore punto unico Caregiver

Cellulare: 3347076078

Email: [laura.vella@asp-seneca.it](mailto:laura.vella@asp-seneca.it)

Orari di apertura: Lunedì - Mercoledì - Giovedì 8.30/14.30 Martedì 8.30/17.30

SEDE: ASP SENECA - Azienda Servizi alla Persona Via Marzocchi, 1/A  
40017 San Giovanni in Persiceto

## PIANURA EST:

Assistente Sociale Michela Melloni

Sede: Unione Reno Galliera c/o Via Pescerelli n. 47

Orari: solo su appuntamento;

contatti: 334/7047881

email: [caregiver.pianuraest@renogalliera.it](mailto:caregiver.pianuraest@renogalliera.it)

## DISTRETTO SAVENA IDICE:

SPORTELLO INTEGRATO DISTRETTUALE CAREGIVER

Sede: c/o Casa della Salute Via Repubblica 11 – S. Lazzaro di S.

Contatti: 0516276544

Email: [silvia.minelli@asplaurarodriguez.it](mailto:silvia.minelli@asplaurarodriguez.it)

## DISTRETTO BOLOGNA:

Modalità di accesso: compilare il modulo online "Autodichiarazione caregiver familiare" sul sito Iperbole. Chiamare direttamente al 051 2197878 (selezionare "progetto caregiver"- Tasto 2).

ORARI TELEFONICI DEL SERVIZIO:

lunedì e venerdì dalle 9 alle 13 e dalle 13.30 alle 16 ; martedì e giovedì dalle 9 alle 13 e dalle 13.30 alle 17.30; mercoledì: dalle 9 alle 13; Tel. 0512197878 - tasto 2

E-mail: [caregiver@comune.bologna.it](mailto:caregiver@comune.bologna.it)

## DISTRETTO RENO LAVINO SAMOGGIA:

Referente sportello: Cecilia Baldini

PROGETTO CURE FAMILIARI

email: [pariopportunita@ascinsieme.it](mailto:pariopportunita@ascinsieme.it) contatti:

3396889918

## SPORTELLO CAREGIVER CIRCONDARIO IMOLESE:

- Sportello Sociale Imola

mail: [sportello.imola@aspcircondarioimolese.bo.it](mailto:sportello.imola@aspcircondarioimolese.bo.it)

tel.: 0542-606720 o 0542-606711

orari: lun.- ven. 8:30 – 12:30, mart. 8:30 – 12:30 e 15:00 – 17:45

- Sportello Sociale Castel San Pietro Terme

mail: [sportello.castelsanpietro@aspcircondarioimolese.bo.it](mailto:sportello.castelsanpietro@aspcircondarioimolese.bo.it) tel.: 051-6955331 orari: lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì 8:30–12:30, martedì 15:00–17:45

- Sportello Sociale Medicina

mail: [sportello.medicina@aspcircondarioimolese.bo.it](mailto:sportello.medicina@aspcircondarioimolese.bo.it) tel.: 051-6973900 orari: lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì 8:30–12:30, martedì 15:00–17:45

## APPENNINO BOLOGNESE:

Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese

Piazza della Pace, 4, 40038 - Vergato

Orari di apertura: da lunedì a venerdì 9.00-15.00 - Modalità di accesso: Solo su appuntamento

Contatti: Beatrice Bignami MAIL [beatrice.bignami@unioneappennino.bo.it](mailto:beatrice.bignami@unioneappennino.bo.it)

Tel: 3333296792 Sito Web <https://www.unioneappennino.bo.it/servizi-informazioni/progetto-assistenti-familiari-e-caregiver>



# FOCUS: il Punto Unico Caregiver

Gli sportelli dedicati al caregiver (P.U.Caregiver) presenti sul territorio, dovranno essere pronti a fornire al caregiver:

**1. Informazioni - Orientamento - Supporto per l'accesso ai servizi**

**2. Garanzia di contatto successivo - Offerta di opportunità attivabili**

Nella fase di primo contatto, viene garantito ascolto e un primo orientamento ai servizi.

## **1. Informazione - Orientamento - Supporto**

Per quanto riguarda Informazioni, Orientamento, Supporto per l'accesso ai servizi occorre garantire:

- informazioni circa le modalità di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie.
- Informazioni sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura (sia servizi pubblici che del terzo settore).
- Laddove disponibili, forniscono guide informative relative a servizi ed iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare.

## 2.Garanzia di contatto successivo

E' importante che il caregiver familiare non si senta abbandonato

- in caso di nuovi caregiver, il contatto successivo può essere funzionale a conoscerli meglio e ad offrire ascolto, accompagnamento e supporto;
- per i caregiver familiari già inclusi nei Progetti personalizzati della persona assistita, un secondo contatto può essere utile al monitoraggio da parte dei servizi competenti e/o delle associazioni coinvolte, per verificare la situazione ed eventualmente offrire supporto.

## Evoluzione del contatto

- La relazione con il caregiver, creata dal primo contatto, può mantenersi su questo livello.
- Oppure può seguire:
  - per i nuovi caregiver, una presa in carico da parte dei servizi competenti della persona assistita e del suo caregiver, con valutazione multidimensionale e elaborazione del progetto personalizzato;
  - per le situazioni già in carico ai servizi, un aggiornamento del progetto personalizzato, grazie all'approfondimento effettuato con il Caregiver.

## Offerta opportunità attivabili

Per esempio, possono essere offerti:

- Aggiornamento informativo periodico
- Possibilità di attivare percorsi di consulenza specifici
- Possibilità di attivare forme di assistenza per emergenze
- Possibilità di attivare facilitazioni per l'accesso ai servizi
- Percorsi informativi / formativi
- Possibilità di supporto psicologico

# Le ultime normative della Regione Emilia Romagna

*(DGR 982/2022; DGR 237/2023; DGR 409/2024)*

Nel 2022 la DGR ribadiva la necessità di: *“pur in un contesto di progressivo ritorno al pieno funzionamento dei servizi, permangono i bisogni di sostegno dei caregiver nella gestione delle persone non autosufficienti e con disabilità gravi e gravissime, ad esempio di quelle **affette da demenza o da altre malattie degenerative che comportano un deterioramento cognitivo**, .... È quindi particolarmente importante **rafforzare gli interventi a sostegno dei caregiver e delle famiglie**, che sostengono un lavoro di cura molto gravoso e che negli ultimi anni è stato anche aggravato a causa della temporanea sospensione /riduzione dei servizi.”*

Le ultime DGR inoltre :

❑ Richiamano l'attivazione ed il ruolo chiave del **“Gruppo regionale caregiver”** che è stato inizialmente costituito per lavorare sulle linee attuative della legge regionale, ma che è poi stato mantenuto ed è tuttora attivo con una funzione di impulso, monitoraggio e confronto. Del gruppo **fanno parte rappresentanti delle associazioni dei Caregiver, delle associazioni delle persone con demenza** e delle associazioni delle persone con disabilità.

❑ nell'ambito degli interventi di sostegno psicologico : *“ Particolare attenzione va posta anche al supporto al caregiver per individuare le specifiche strategie per prevenire, contenere e gestire i gravi disturbi del comportamento del proprio assistito, presenti in alcune malattie neurologiche e psichiatriche (es. demenza, disturbi dello spettro autistico, disturbi mentali, ecc.), anche in collegamento con i servizi specialistici.”*



# La Rete degli Sportelli sociali- Comuni di Bologna e Provincia



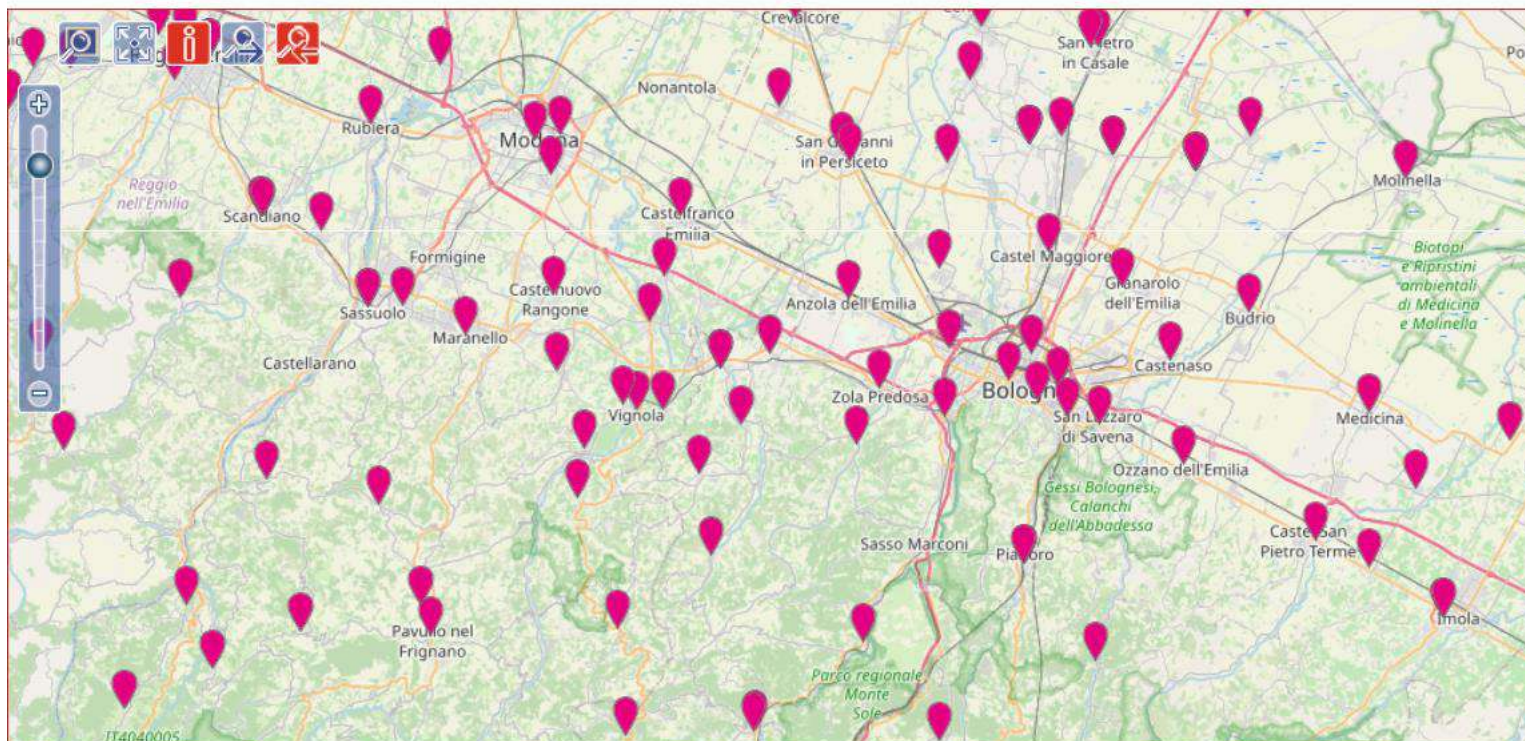
Il caregiver familiare può fare riferimento a una rete capillare di sportelli presenti sul territorio regionale e più nello specifico di Bologna e provincia.

**L'accesso alla rete dei servizi avviene di norma attraverso lo Sportello sociale, gestito dai Comuni in ogni ambito distrettuale, che può attivare il servizio sociale territoriale.**

Gli sportelli sociali forniscono informazioni sui servizi sociali e socio-sanitari presenti nel territorio e su procedure e modalità per accedervi, con l'obiettivo di fornire ai cittadini informazioni complete in merito ai diritti, prestazioni, modalità di accesso ai servizi e far conoscere le risorse e le opportunità disponibili nel territorio in cui vivono.

Dopo il primo contatto/accesso, in cui viene effettuata una prima lettura dei bisogni e individuata l'eventuale necessità di presa in carico, viene avviata la valutazione multidimensionale i cui risultati confluiscono nel progetto personalizzato. Il progetto personalizzato è lo strumento nel quale i professionisti dell'equipe pianificano l'intervento con l'assistito e il suo caregiver familiare, definendo gli obiettivi da raggiungere, gli interventi da attivare, le risorse disponibili, i soggetti da coinvolgere, tempi e modalità di verific

# La rete degli sportelli territoriali Sociale



[https://wwwservizi.regione.emilia-romagna.it/sportellinrete\\_consultazione](https://wwwservizi.regione.emilia-romagna.it/sportellinrete_consultazione)

# I progetti di supporto al Caregiver



# I servizi dedicati ai caregiver

## Azienda USL di Bologna e Comuni del Territorio

L'Azienda USL di Bologna e i Servizi Sociali dei Comuni seguono e sostengono con grande interesse il lavoro di cura prestato dai caregiver familiari sin dal 2014 quando è stata approvata la Legge Regionale 2/2014 "Norme per il riconoscimento dei caregiver familiari".

Grazie alla costante collaborazione tra l'AUSL, i Comuni, i Servizi Sociali, volontariato, terzo settore e reti informali di cittadini, hanno preso avvio **diverse forme di sostegno e supporto** ai caregiver familiari.

# Le linee di intervento per i caregiver

## Interventi informativi, formativi e di orientamento

- Apertura Punti Unici Caregiver
- Eventi pubblici di presentazione/informazione
- Incontri con Associazioni del Territorio
- Percorsi formativi per Assistenti Familiari e Caregiver

## Interventi di supporto psicologico e relazionale

- Colloqui individuali e/o di gruppo per caregiver
- Percorsi di accompagnamento e orientamento per i caregiver

## Interventi di supporto e sollievo pratico

- Interventi di sollievo residenziale
- Interventi di sollievo semi residenziale (Centri Diurni)
- Interventi di sollievo programmato al domicilio (assistenza domiciliare)

# Gli obiettivi degli interventi rivolti ai Caregiver familiari

L'attivazione degli interventi riportati mira a:

- sostenere i caregiver più gravati dal compito di cura, con azioni che ne *alleggeriscano il costante carico assistenziale*;
- affiancare in maniera calibrata *diversi sostegni* cominciando da quelli più specificamente assistenziali per giungere a quelli a carattere socio-psicologico (gruppi per caregiver, sostegno psicologico);
- promuovere azioni finalizzate alla *prevenzione e al contenimento del rischio di isolamento sociale*, stress intenso e sovraccarico.

La cura familiare e la solidarietà sono beni sociali da riconoscere e promuovere nell'ambito della comunità e delle politiche di welfare ed il Caregiver svolge un ruolo importantissimo



# I destinatari dei Progetti



I cittadini che svolgono attività di cura e di assistenza (caregiving) in favore di :

**Persone con  
demenza e  
Alzheimer**

Anziani non  
autosufficienti

Persone con  
GRAvissima Disabilità  
Acquisita  
(Mielolesioni,  
Cerebrolesioni, SLA,  
SM)

Persone con  
diagnosi Disturbo  
dello spettro autistico

Persone con  
disabilità

Persone con morbo  
di Parkinson

Persone con  
patologie  
neurodegenerative

Persone con  
patologie  
oncologiche

# Alcuni progetti innovativi ..

❑ **Progetto Assistente Familiare e Formazione per la qualificazione del lavoro di cura privato, per caregiver e assistenti familiari:** si prevede la creazione di un elenco di persone formate a cui viene rilasciato specifico attestato dopo la partecipazione ad un corso dedicato, in modo che si realizzi un successivo contatto ed attivazione di supporto al domicilio;

❑ **Progetto “Teniamoci per mano” /Animazione domiciliare specializzata per persone con demenza:** ha lo scopo di sostenere le famiglie dove è presente una persona affetto da declino cognitivo di grado lieve e moderato.

La sua formula organizzativa e metodologica, prevede interventi di assistenza domiciliare specializzata orientati a sostenere i nuclei e favorire il permanere della persona con disturbo neuro cognitivo maggiore presso il proprio domicilio. I beneficiari vengono coinvolti dall’Assistente Sociale del caso o intercettati dai Centri Disturbi Cognitivi e Demenze;

**A.R.A.D.: Associazione  
Ricerca Assistenza  
Demenze**





## R-ESISTERE OLTRE LA FRAGILITÀ

Gruppi di informazione e supporto psicologico per i famigliari  
di persone con demenza - Edizione primavera 2024

ciclo di 8 incontri: ogni martedì, dal 09/4 al 28/05, ore 18.15 - 19.30

on line su piattaforma Zoom – partecipazione gratuita

**Iniziativa rivolta a residenti nel Comune di Bologna**

Conduttori: Dott. Fabrizio Campanile, Dott.ssa Annabel De Carlo

Le difficoltà cognitive e i bisogni del mio caro affetto da demenza.  
Prendermi cura dei miei bisogni all'interno del ruolo di caregiver.  
Strategie di gestione dei disturbi comportamentali.  
Servizi territoriali e ausili che mi aiutano nell'assistenza

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Per informazioni e iscrizioni: Associazione di Promozione Sociale "Non Perdiamo la Testa"  
Via Mazzini 65, Bologna 3496283434 nonperdiamolatesta@libero.it  
www.nonperdiamolatesta.it

Iniziativa realizzata con il contributo della Regione Emilia Romagna in attuazione della LR 2/2014 "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver" o della DGR 2318/2019 "Misure a sostegno dei caregiver"

# Non Perdiamo la Testa

<https://www.nonperdiamolatesta.it/chi-siamo/>

Capofila progetto:



Con il contributo del:

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

In collaborazione con:

I.P. INIZIATIVA PARKINSONIANI - ODV

ASP CITTA' DI BOLOGNA

ICS

## Attività di movimento e sostegno psicologico 2024

### BenEssere Caregiver: avere cura di chi "si prende cura"

### Incontri di gruppo GRATUITI

(dal 08/04/2024 al 27/05/2024 e dal 16/09/2024 al 02/12/2024 )

**LUNEDÌ** (per caregiver di persone con Parkinson)

- ore 14:30 - 15:45 Sostegno psicologico
- ore 16:00 - 17:00 Incontri di Yoga/Ginnastica per il benessere psico-fisico

c/o I.P. Iniziativa Parkinsoniani - odv, Via Lombardia 36, Bo, saletta  
adiacente alla galante Garrone

**GIOVEDÌ** (per caregiver di persone con demenza e Alzheimer)

- ore 10:15 - 11:15 Incontri di Ginnastica dolce e movimento espressivo

c/o Centro d'Incontro Margherita, Viale Roma 21(Bo)  
in collaborazione con ASP Bologna

**Max 10  
persone a  
gruppo**

**Per prenotarsi:**  
3477988812 - [info@olitango.it](mailto:info@olitango.it) - [www.olitango.it](http://www.olitango.it)

# Olitango

<https://www.olitango.it/>



## A.M.A. Amarcord

Con il PDTAI Demenze dell'Azienda collaborano gli OdV di San Pietro in Casale e Castello d'Argile.

<http://www.amaamarcordsanpietro.it/>

**Malippo** : Associazione culturale che organizza le "Letture Mobili", le letture effettuate ad alta voce, aperte a tutti. Si svolgono all'aperto e sono libere.

<http://malippo.altervista.org>

## Giovani nel Tempo

<https://www.giovanineltempo.it/>



Giovani nel Tempo



Organizzato dall'Associazione A.M.A. Amarcord e Gruppo Arcobuleno in collaborazione con le parrocchie di Castello d'Argile e Venezia.  
Presso il bar del Circolo M.C.L. in Via G. Matteotti 104 a Castello d'Argile tutti i mercoledì mattina dalle 9.00 alle 11.30 circa  
Se hai voglia di compagnia, hai piacere di trovare persone che ti ascoltano alle quali raccontare le storie del passato e del presente aderisci al progetto "Amarcord al caffè".  
Rivolto in particolare alla terza età...

### Programma Marzo 2023



# Gli eventi della campagna “Datti una Mossa” del 2023

Per la settimana e la giornata mondiale dell'Alzheimer e nell'ambito della campagna di prevenzione, sensibilizzazione e promozione della salute “Datti una Mossa!” 2023 i CDCD, l'AUSL e gli Enti Locali in collaborazione con le Associazioni del Territorio hanno organizzato eventi dedicati.

Gli eventi realizzati erano volti ad incontrare la cittadinanza a livello territoriale, a creare *momenti di confronto e dialogo* con i professionisti dei Servizi, sviluppando *consapevolezza e conoscenza necessarie alla presa in carico, alla gestione ed alla cura delle demenze*.

Le iniziative svolte nel 2023 :

- 15 Settembre S. Pietro in Casale: camminata notturna organizzata da AMA Amarcord OdV ;
- 19 Settembre “Il Caffè Alzheimer al Parco della Zucca” promosso da ARAD nel Quartiere Navile di Bologna ;
- 21 e 26 Settembre: le 2 Giornate Mondiali Alzheimer 2023 organizzate dai Distretti Reno Lavino Samoggia e Pianura Ovest in collaborazione con le Associazioni dei rispetti territori;
- Conclusione nell'evento del 7 Ottobre 2023 ai Giardini Margherita aperto a tutta la cittadinanza



Datti una mossa!

Ciclo di iniziative promosse dall'Azienda USL di Bologna e le Associazioni del territorio che affrontano il tema delle Demenze	
15 Settembre	<b>ARGENTO VIVO • CAMMINATA NOTTURNA</b> (S. Pietro in Casale dalle ore 20) Camminata da Piazza dei Martiri con arrivo al Centro Sportivo E. Faccioli Organizzato da AMA Amarcord ODV in collaborazione con il Distretto Pianura EST con il patrocinio del Comune di S. Pietro in Casale e dell'Unione Reno Galliera.
19 Settembre	<b>IL CAFFÈ ALZHEIMER IN FESTA AL PARCO DELLA ZUCCA</b> (V. di Saliceto 5, Bologna, dalle ore 15.30) Organizzato da ARAD in collaborazione con Quartiere Navile, Fondazione Meratona Alzheimer, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze via Byron.
21 Settembre	<b>GIORNATA MONDIALE ALZHEIMER 2023</b> (Casa per la Pace "Filanda", Via dei Canonici Renani 8, Casalecchio di Reno, dalle 15 alle 19) I servizi sanitari, socio-sanitari e sociali si presentano ai cittadini. Presentazione libri/ testimonianze Dott. Saffianini Organizzato dal Distretto Reno Lavino Samoggia e in collaborazione con le Associazioni del Territorio.
26 Settembre	<b>GIORNATA MONDIALE ALZHEIMER 2023</b> (Crevalcore - Via Mattiotti, zona Porta Bologna dalle 8, alle 13, in occasione del Mercato settimanale) I servizi sanitari e sociali si presentano ai cittadini. Organizzato dal Distretto Pianura Ovest in collaborazione con il Punto Unico Caregiver - ASP Senece - e le Associazioni del territorio.
7 ottobre	<b>I GIARDINI DELLA PREVENZIONE SALUTE E BENESSERE</b> (Giardini Margherita, Bologna - dalle 9 alle 18) Eventi Regionali organizzati dall'Azienda USL di Bologna (PDAT-DASS) in collaborazione con le Associazioni del territorio.
INFO SU: <a href="http://www.ausl.bologna.it">www.ausl.bologna.it</a>	
<b>PARLIAMO DI ALZHEIMER</b>	



## Supporti territoriali attivabili a favore dei Caregiver

❑ **Gruppi A.M.A. (Auto Mutuo Aiuto)** gruppi di persone che condividono lo stesso problema, facilitando dialogo, scambio vicendevole, confronto. Chiunque può chiedere di partecipare ad un gruppo di Auto Mutuo Aiuto tra quelli esistenti oppure può adoperarsi per l'avvio di nuovi.

Di seguito il link con l'elenco di tutti i gruppi attivi nel 2024:

<https://www.ausl.bologna.it/cit/cp/gama/la-brochure-dei-gruppi-ama/ama-2023.pdf>

❑ **Alzheimer caffè** : luoghi sicuri dove le persone con demenza, i loro familiari e i professionisti si possono incontrare in modo informale e trascorrere alcune ore in un'atmosfera accogliente e centrata sull'ascolto;

❑ **Corsi per assistenti familiari e caregiver** per migliorare la gestione del proprio familiare grazie al contributo dei professionisti del territorio;

❑ **Convenzioni e collaborazioni con Associazioni del territorio del Terzo Settore**

## Progetti Aziendali per target specifici:

1. **“Caregivers insieme” (DSM-DP):** sostegno ai caregiver di utenti in carico al Dipartimento di salute mentale - Dipendenze Patologiche dell’Azienda USL di Bologna, in collaborazione con le associazioni rappresentate all’interno del Comitato Utenti Familiari ed Operatori (CUFO). Il DSM-DP dal 2021 ha avviato un percorso di co-progettazione e co-produzione con le associazioni/organizzazioni al fine di progettare e realizzare giornate, mezze giornate, week end di abilitazione/sollievo.
2. **Progetto Giovani Caregiver (Città Metropolitana di Bologna – Università Verde di Bologna APS):** presa in carico comunitaria (comunità professionali, scolastiche, educative e non solo) per costruire modalità per individuare e sostenere i giovani e giovanissimi che, per necessità e responsabilità, si prendono cura dei loro cari. Avvio di un percorso partecipativo locale che coinvolge Distretti, comunità territoriali e comunità scolastiche.

# Alcuni link utili

Sito Demenze AUSL Bologna: <https://www.ausl.bologna.it/cit/dem>

Rete dei CDCD : <https://www.ausl.bologna.it/cit/dem/i-centri-per-i-disturbi-cognitivi-e-demenze-volume-aggiornato.pdf>

La sezione Caregiver del sito Demenze dell'AUSL: <https://www.ausl.bologna.it/cit/dem/il-caregiver>

Opuscolo Informativo Percorso Del Paziente Affetto Da Demenza:  
<https://www.ausl.bologna.it/cit/percorsi-per-patologia/pdta-demenze/il-percorso-del-paziente-affetto-da-demenza/files/opuscolo-informativo-pdta-demenza.pdf>





*Grazie per  
l'attenzione!!*

# *I trattamenti farmacologici per le demenze*



## I TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PER LE DEMENZE 7GIUGNO 2024

**Drssa Maria Macchiarulo**

Geriatra

Incarico di Altissima professionalità per attività del Centro dei Disturbi Cognitivi e Demenza e dell'attività di consulenza psicogeria ricca

U.O. GERIATRIA ACUTI , ORTOGERIATRIA, CDCD

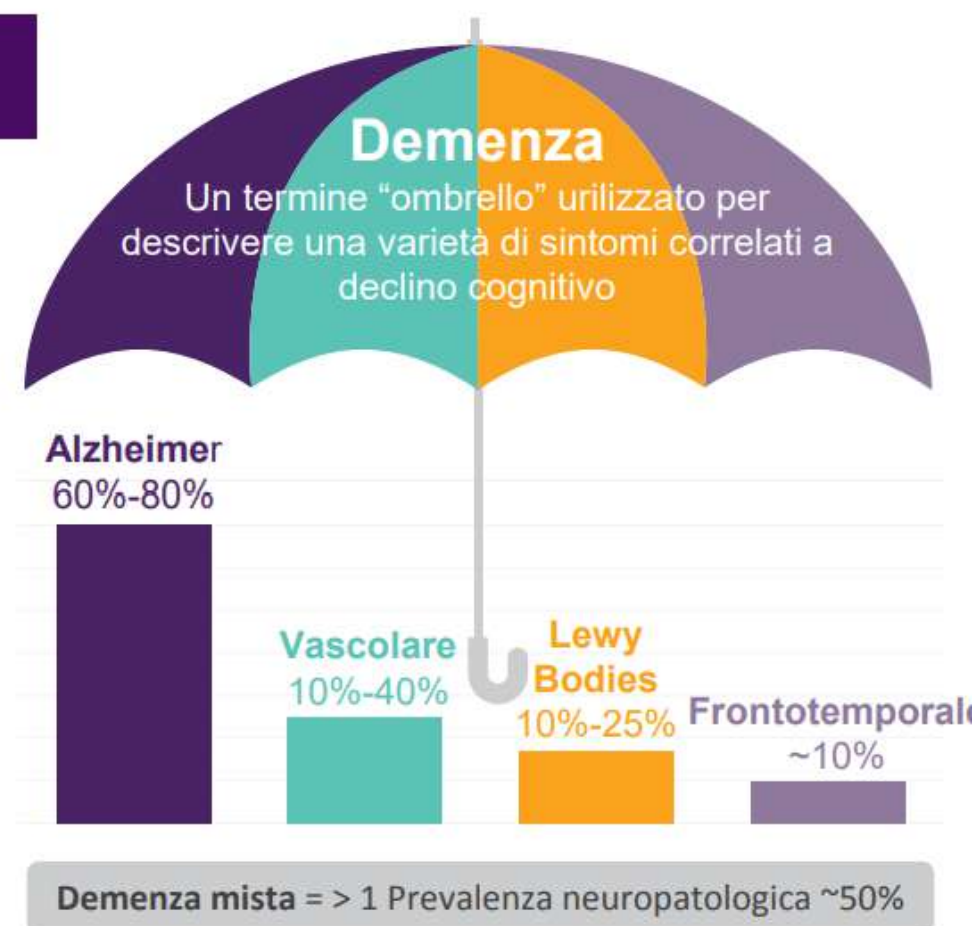
DIPARTIMENTO DELLA CONTINUITA' D'INTEGRAZIONE

Policlinico di S'Orsola IRCCS Bologna

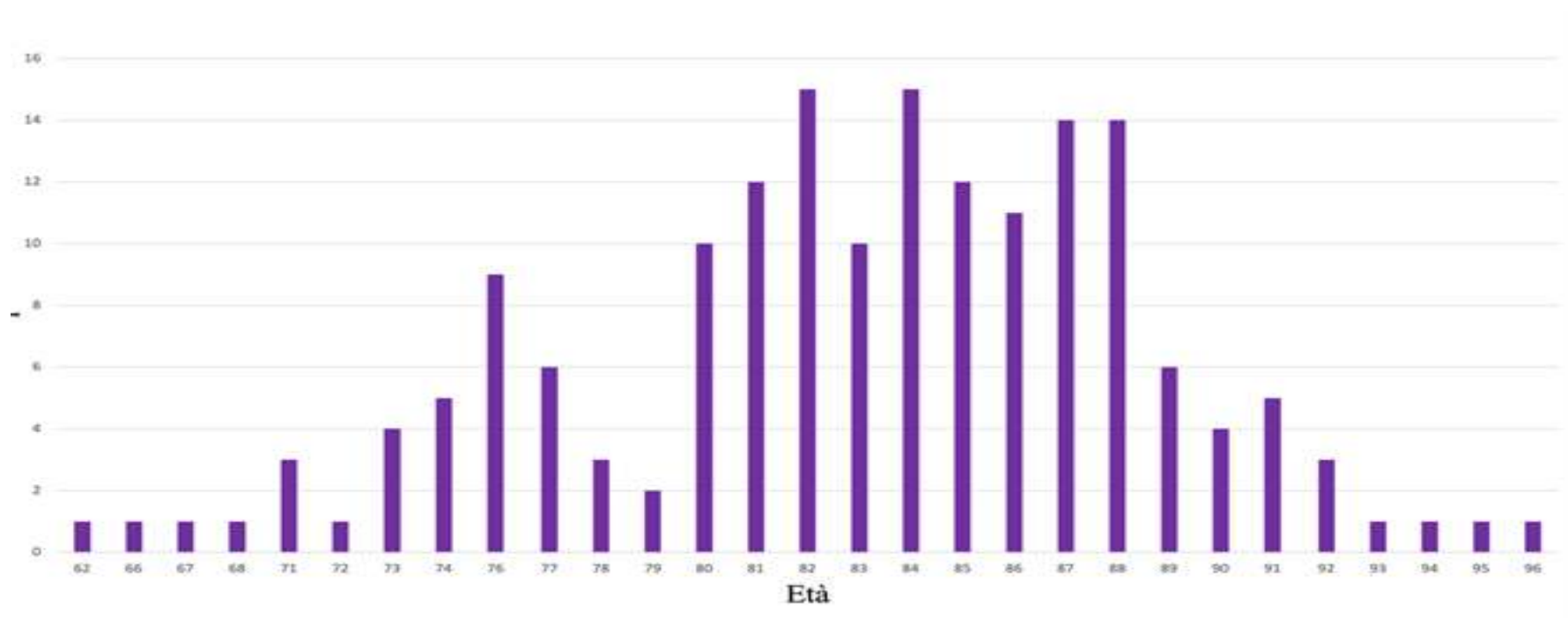


## La demenza è una SINDROME

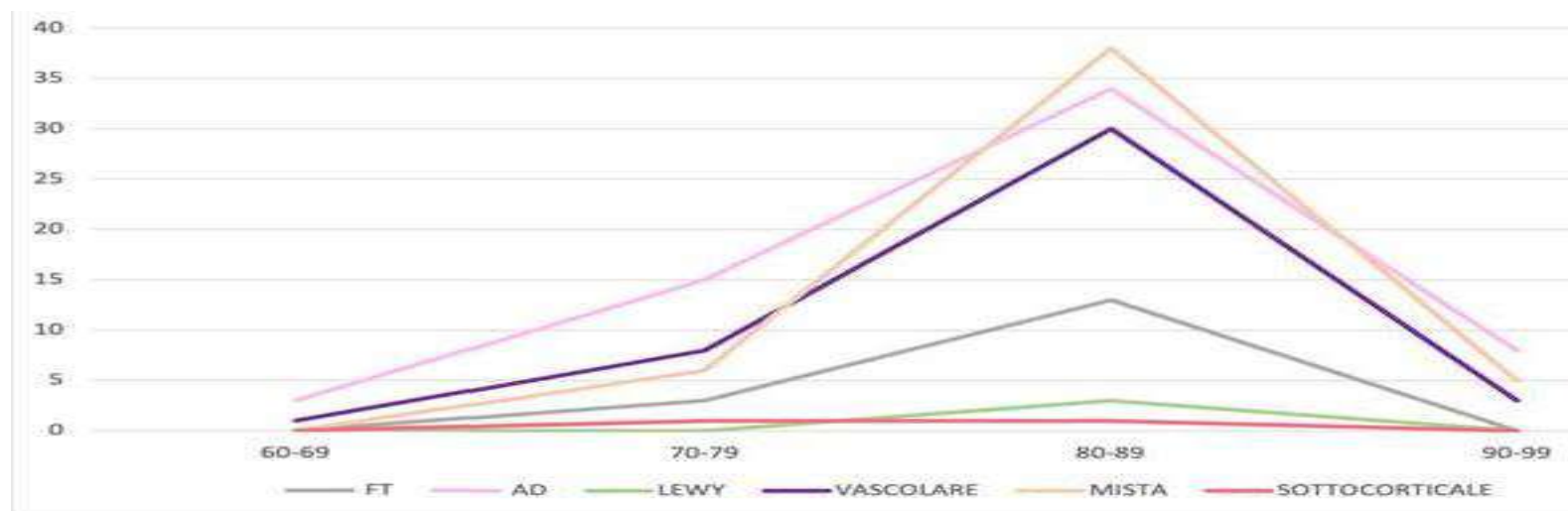
- La demenza è un **insieme di sintomi** correlati a decadimento cognitivo
- Può includere **sintomi cognitivi comportamentali** e **psicologici**
- Dovuti a **alterazioni biologiche** a livello cerebrale
- La **malattia di Alzheimer** è la causa più comune
- La demenza **“mista”** è molto frequente
- Alcune cause di declino cognitivo sono **“reversibili”** e non dovuti a reale demenza



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scien



## Sequenza per età dei Disturbi Neurocognitivi Attività ambulatoriale CDCD Geriatrico IRCCS Policlinico Orsola anno 2022



## Distribuzione per età dei Disturbi Neurocognitivi Maggiori

# CONTINUUM DEL DECADIMENTO COGNITIVO

Il deficit cognitivo **non**  
**interferisce** con le **attività della**  
**vita quotidiana**

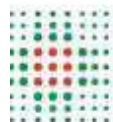
Deficit di una o più funzioni cognitive  
che interferisce con le **attività della**  
**vita quotidiana**



**L ' MCI è un fattore di rischio conosciuto per demenza**

**Ogni persona che ha la demenza passa attraverso una fase di MCI**

**La prevenzione dell' MCI vuole dire prevenzione della demenza**



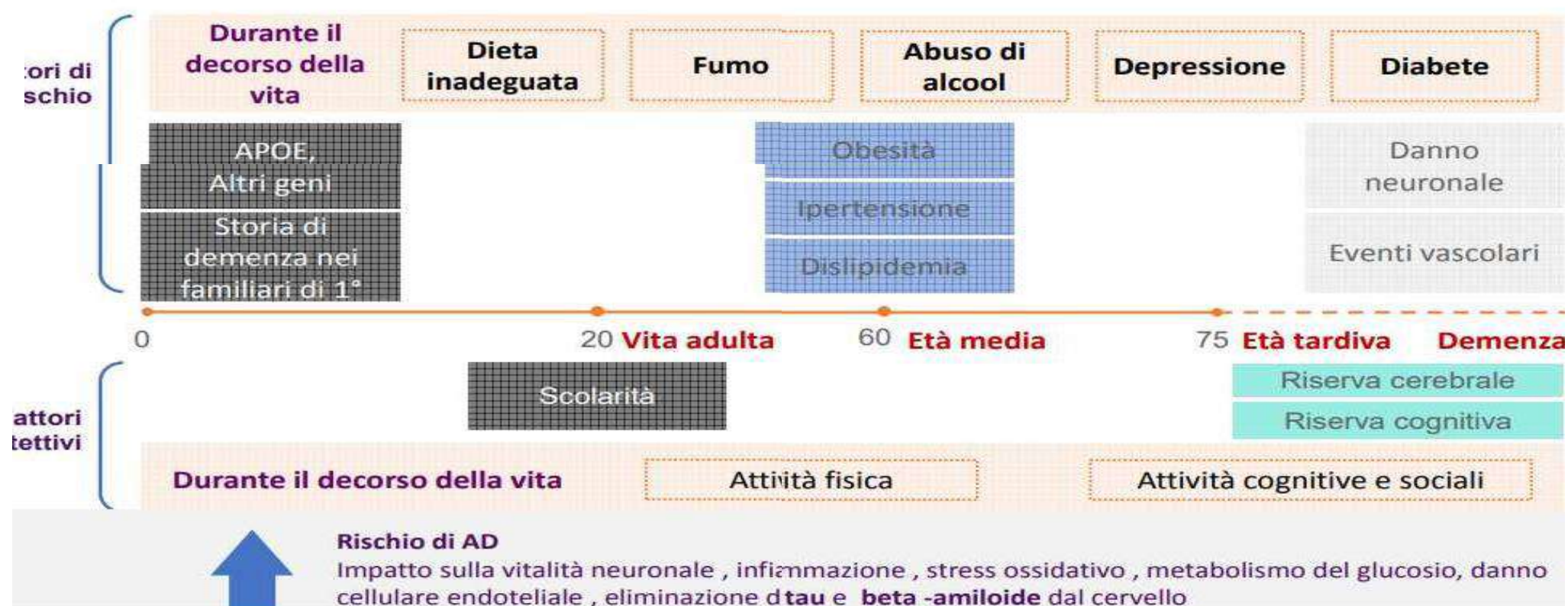
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

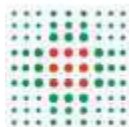
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico



## INVECCHIAMENTO NORMALE E PATOLOGICO ?

Importanza della **esposizione cronica** a fattori multipli





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

# DEMENZA

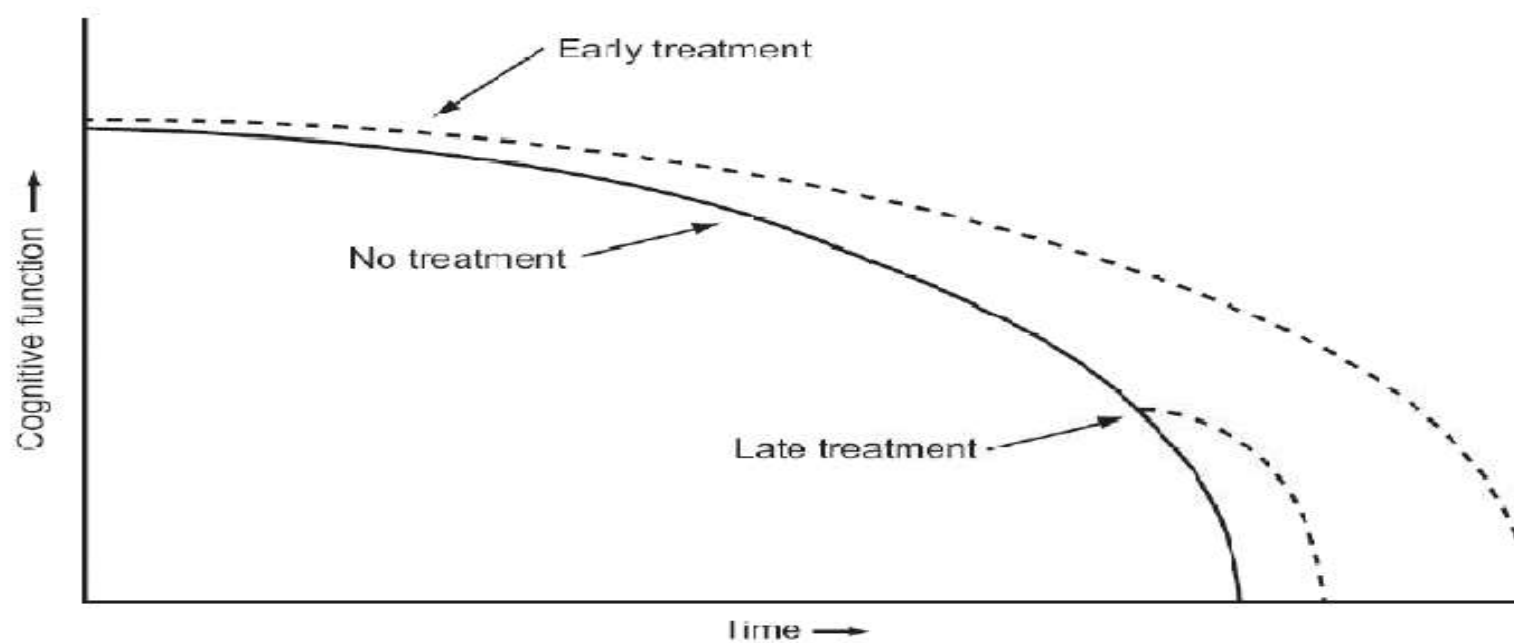
## DISTURBI COGNITIVI

Memoria a breve termine  
Memoria di richiamo  
Orientamento spazio temporale  
Attenzione  
Prassia  
Linguaggio  
...

## DISTURBI COMPORTAMENTALI

Deliri  
Allucinazioni  
Agitazione  
Aggressività  
Disturbi del sonno  
Disturbi alimentari  
...

## INIZIARE PRESTO LA CURA



Alzheimer's & Dementia 7:177-184, 2011

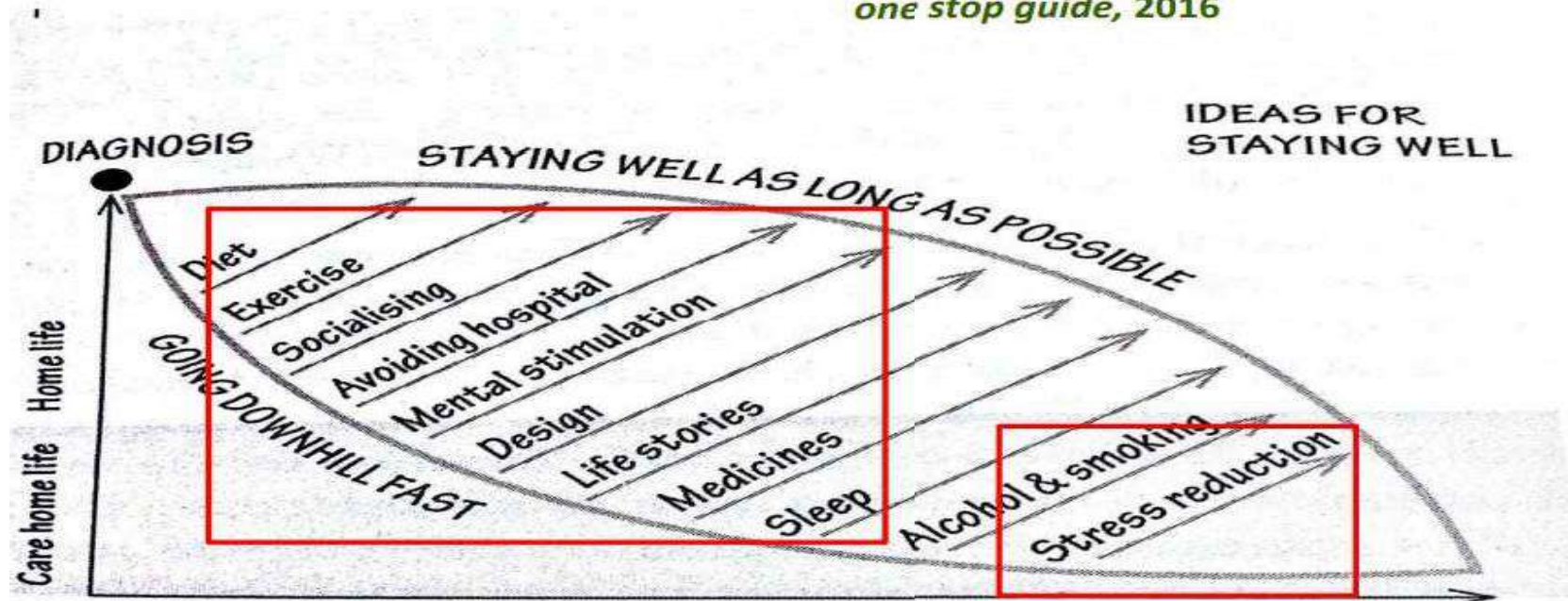




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

## La traiettoria della demenza dipende dalla tipologia e dalla qualità degli interventi erogati

June Andrews, *Dementia: the one stop guide*, 2016





# DEMENZA

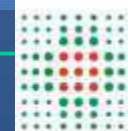
## DISTURBI COGNITIVI

Memoria a breve termine  
Memoria di richiamo  
Orientamento spazio temporale  
Attenzione  
Prassia  
Linguaggio  
...

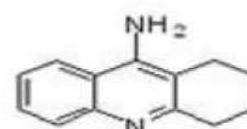
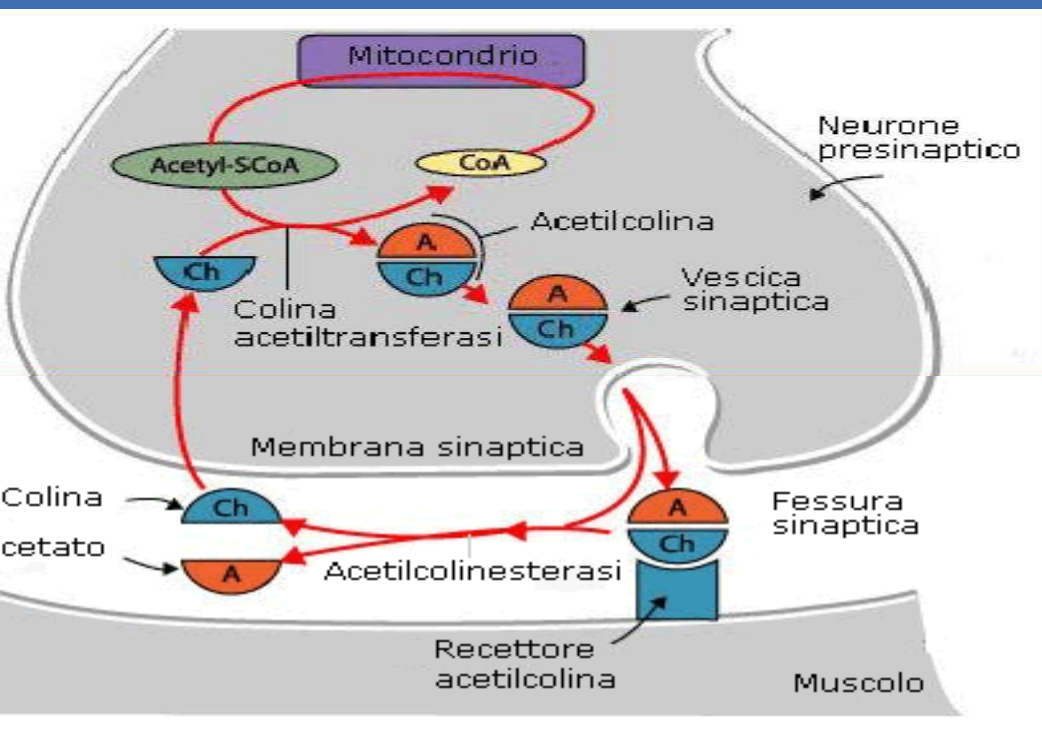
## DISTURBI COMPORTAMENTALI

Deliri  
Allucinazioni  
Agitazione  
Aggressività  
Disturbi del sonno  
Disturbi alimentari  
...

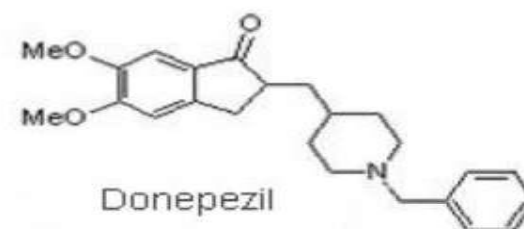
# inibitori dell'acetilcolinesterasi



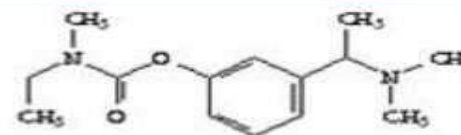
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico



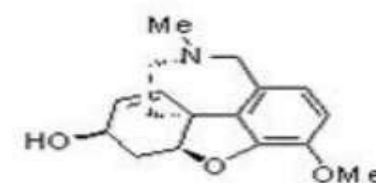
Tacrina



Donepezil



Rivastigmina



Galantamina



# INIBITORI DELLE ACETIL-COLINESTERASI – ACHEI

Si usano nella Malattia di Alzheimer e nella Demenza a Corpi di Lewy

- . Donepezil
- . Galantamina
- . Rivastigmina

Meccanismo d'azione: bloccano la distruzione della acetilcolina a livello delle sinapsi cerebrali aumentando la disponibilità

Rallentano la progressione della malattia per un tempo variabile tra 6 mesi e 2 anni. Nei pazienti con danno lieve miglioramento delle funzioni cognitive soprattutto della memoria. Possono aiutare a prevenire disturbi del comportamento

Effetti collaterali principali: bradicardia, disturbi

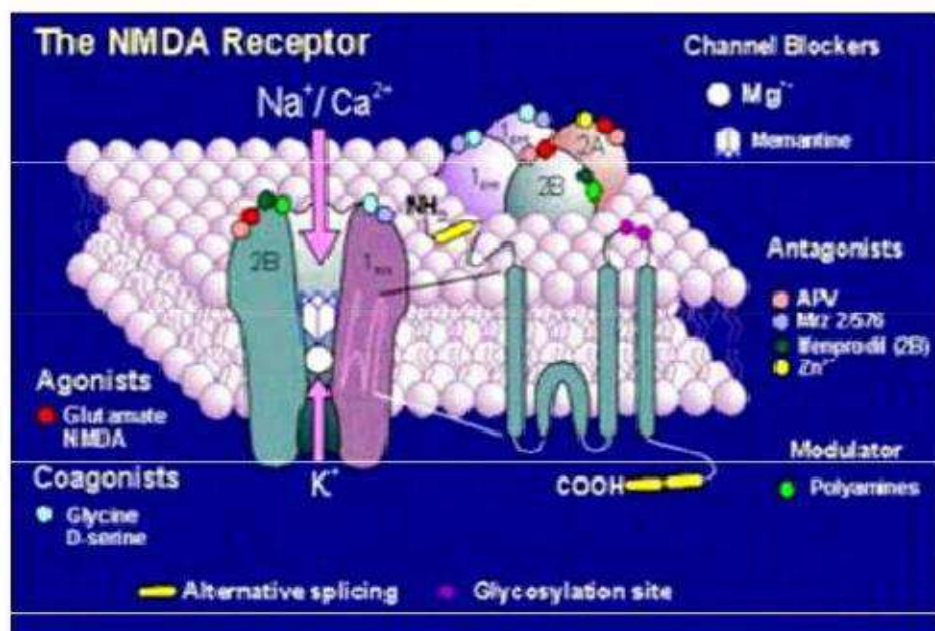
gastrointestinali

Richiedono piano terapeutico di un Centro Disturbi

Cognitivi

ANTAGONISTA NON COMPETITIVO A BASSA AFFINITÀ Rec NMDA  
blocco attivazione tonica di bassa intensità di N-metil-D-aspartato  
senza interferire con la sua attivazione fasica

La memantina blocca gli effetti di livelli prolungati e patologicamente elevati di glutammato



→ NEUROPROTEZIONE

→ EFFETTO POTENZIAMENTO PLASTICITÀ SINAPTICA



## ANTAGONISTI DEI RECETTORI NMDA

Si usano sia nella Malattia di Alzheimer che nella Demenza Vascolare, di solito nella fase più avanzata della malattia in sostituzione degli ACHEI.

. Memantina

Meccanismo d'azione: blocca l'azione del glutammato (che è tossico) a livello di recettori cerebrali chiamati NMDA implicati nello sviluppo della Demenza

Può avere effetto positivo sulle funzioni cognitive in qualsiasi fase della demenza. Utile per prevenire l'agitazione delle fasi moderate-severe della malattia.

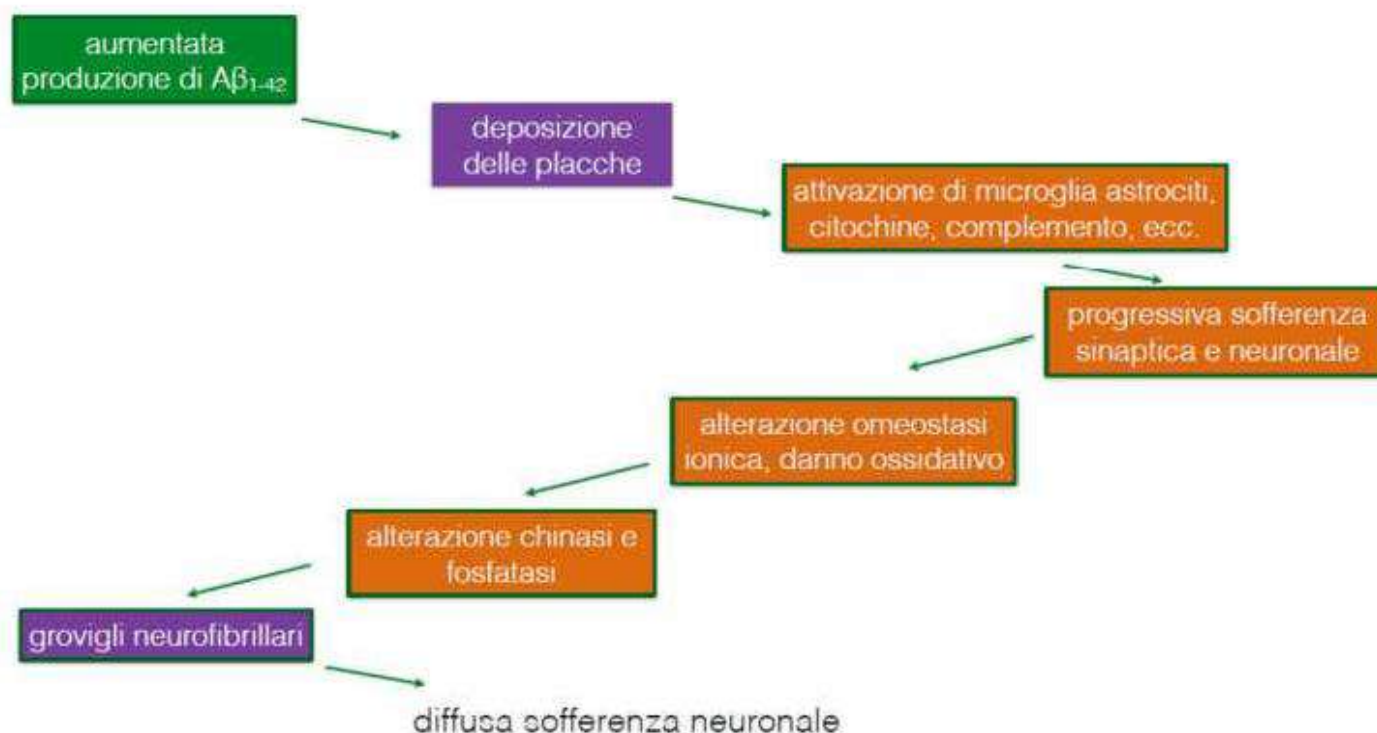
Può essere associata agli ACHEI.

Per il momento il SSN permette il rimborso solo ad uno dei due farmaci. Richiede piano terapeutico di un Centro Disturbi Cognitivi

Effetti collaterali: di solito farmaco ben tollerato (sonnolenza, vertigini, stipsi)



# La cascata dell'amiloide

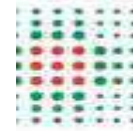


In particolare, secondo **l'ipotesi della cascata amiloide**, l'accumulo di  $A\beta$ , risultante da uno squilibrio tra la produzione di  $A\beta$  e la clearance nel cervello, sia il principale driver della patogenesi dell'AD.

L' $A\beta$ , un peptide generato dalla scissione enzimatica sequenziale della proteina precursore dell'amiloide (APP), esiste in diverse isoforme, tra cui  $A\beta_{40}$  e  $A\beta_{42}$ .

Questi peptidi monomerici hanno la tendenza ad aggregarsi in **oligomeri** di peso molecolare più elevato, che possono transitare in **fibrille insolubili** che si depositano nel cervello come **placche amiloidi**.

La **deposizione di placche  $A\beta$**  avviene molto prima di qualsiasi sintomo clinico e fino a **20 anni prima** dell'inizio della demenza.



## Progressi nella diagnosi

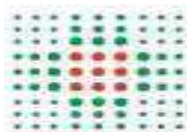
- Marcatori neuropsicologici
- Marcatori biochimici (su liquor)
- Marcatori biochimici (su sangue)
- Nuove tecniche di neuroimmagine strutturale
- Nuove indagini di medicina nucleare



Queste conoscenze stanno cambiando la diagnosi di demenza, di MCI, di malattia di Alzheimer.

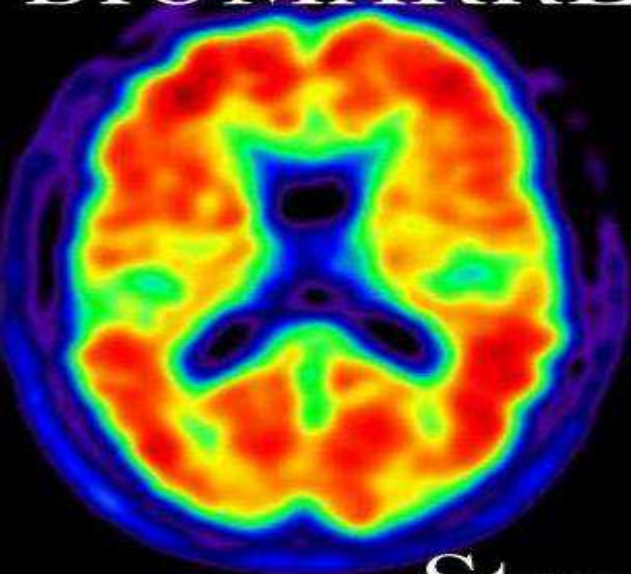
Si introduce la categoria di AD prodromico (deterioramento cognitivo lieve dovuto a m. di Alzheimer)





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere sc

# BIOMARKERS DI MALATTIA



Stanno accelerando la RICERCA



Imaging cerebrale

Liquidi biologici

Markers emergenti

alzheimer's  association®



## RICERCA DI NUOVI MARKERS DI MALATTIA

alzheimer's association®  
**AAIC>20**

- Corsa globale per scoprire nuovi markers di malattia di Alzheimer attraverso esami ematici
- Sono in corso più studi che stanno validando la ricerca di beta amiloide e tau nel sangue attraverso un confronto con il Neuroimaging ed i Test cognitivi
- Nuove ricerche su test ematici per la alpha synucleina, neurofilamenti ed altri markers



# TAU: UN ALTRO BIOMARKER EMATICO EMERGENTE

alzheimer's association

AAIC>20

## TANGLES

Research is looking at twisted proteins called tau tangles that build up inside cells and **may correlate more closely with cognitive decline than beta amyloid.**



## PLAQUES

These amyloid protein deposits build up between brain cells in Alzheimer's disease.



**Differentiate Alzheimer's from other dementias**



**Diagnose stage of disease**



**Identify appropriate people for clinical trials**

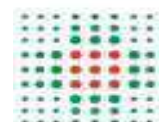


**Show changes 20 years before dementia symptoms arise**

Gli studi suggeriscono che una forma di tau denominata **p-Tau217** è molto **specifica di malattia di Alzheimer** e , quando è misurata nel sangue, sarebbe altamente accurata per differenziare la malattia di Alzheimer da altre malattie neurodegenerative

Soprattutto nelle fasi di ricerca i **test ematici** sarebbero più facili da utilizzare e più accessibili rispetto alle altre metodiche necessarie per valutare la presenza di malattia di Alzheimer

Barthelemy et al 2020 JEM  
Laanson et al 2020 JAMA

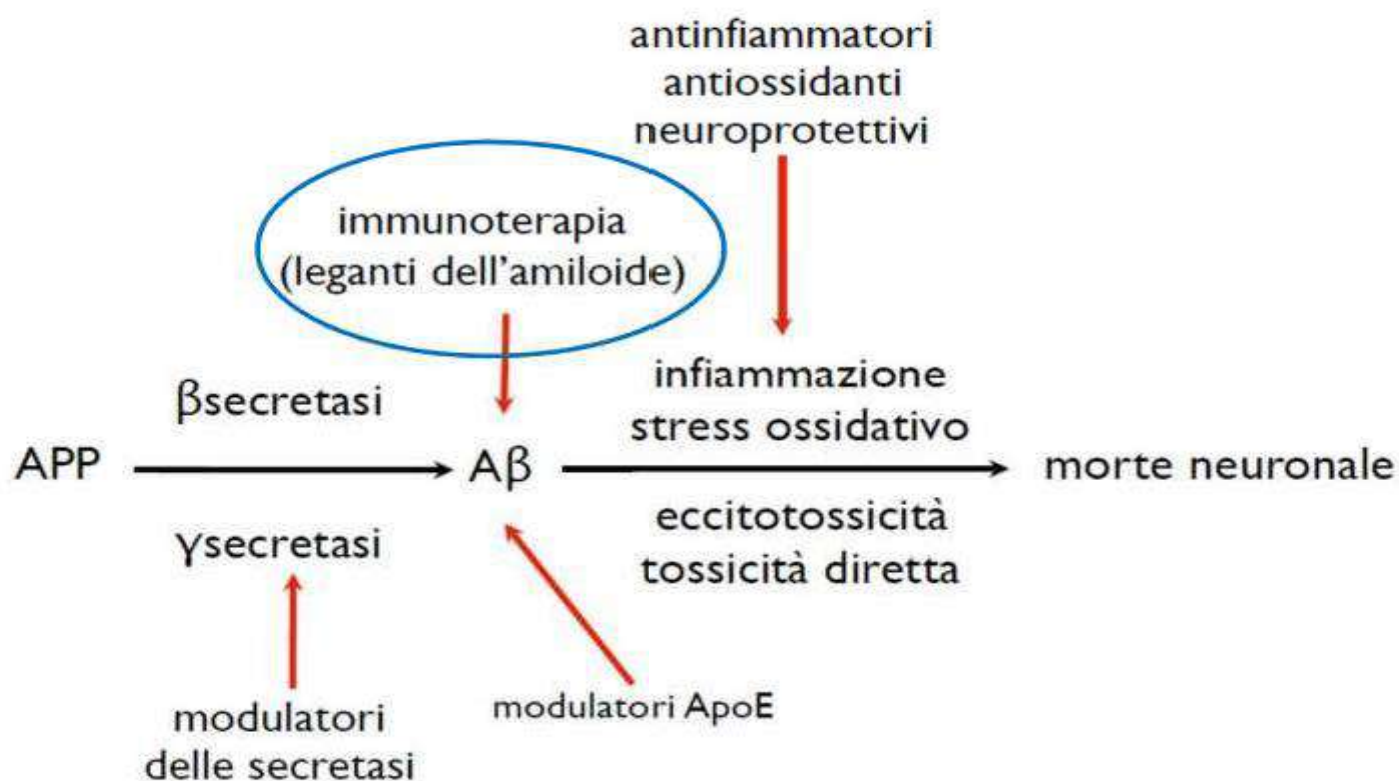


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico





## Strategie per modificare il decorso di AD



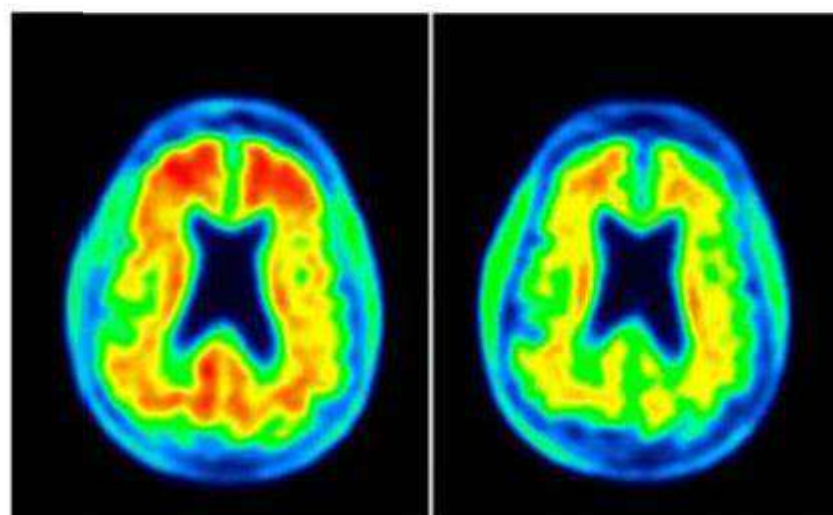




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

## Anticorpi monoclonali anti-amiloide

- Una serie di anticorpi monoclonali hanno dimostrato di poter eliminare o ridurre i depositi di amiloide
- Alcuni anticorpi monoclonali (Aducanumab, Solanezumab, Gantenerumab) **sembrano** efficaci nel ridurre l'evoluzione della malattia, ma solo se assunti nella fase prodromica.
- Cambierà l'approccio della malattia?
- Sarà necessario modificare il paradigma (rivolgersi verso altri obiettivi... tau)?



Prima e dopo il trattamento con Aducanumab

Da P.Nichelli, 2016

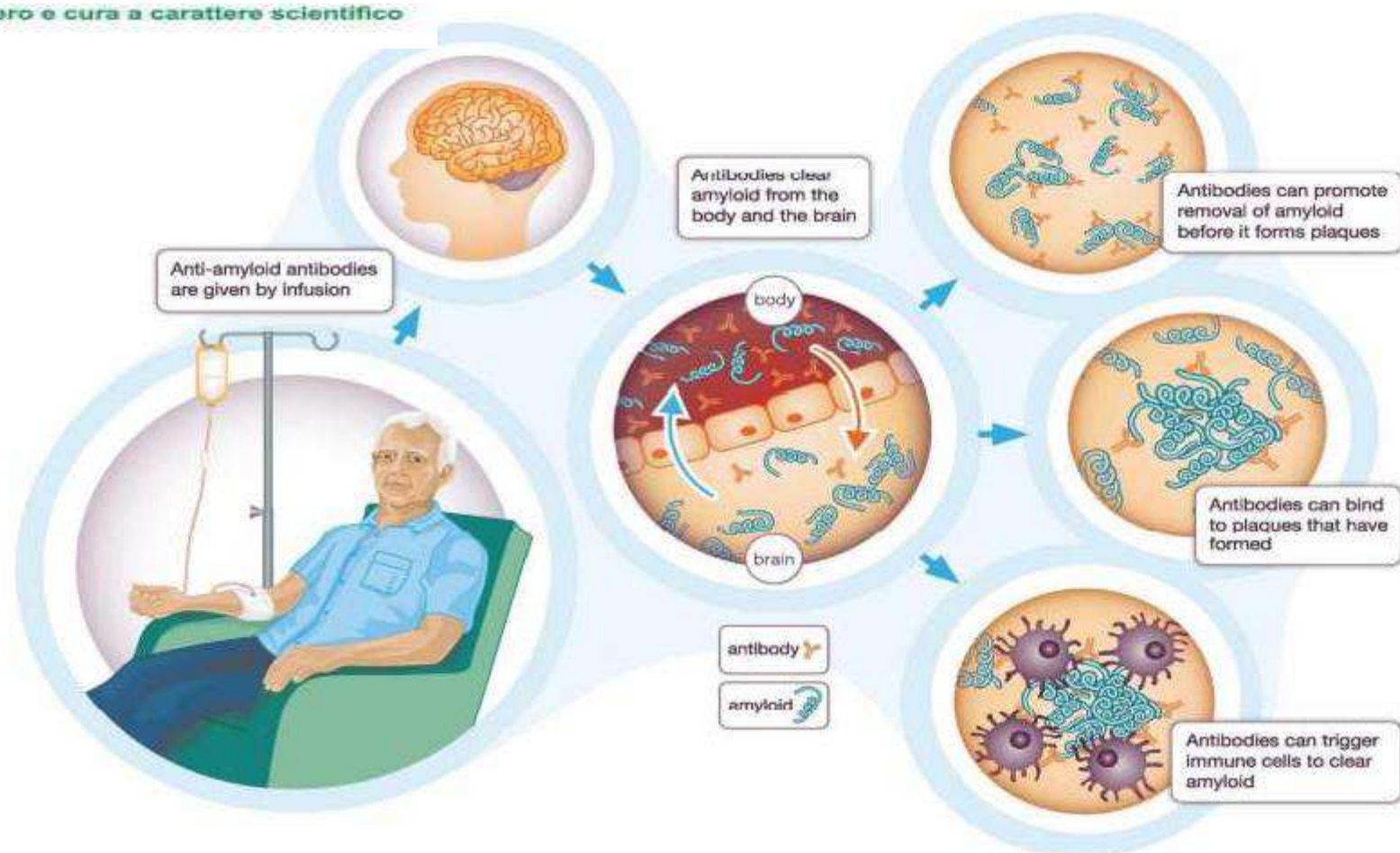


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

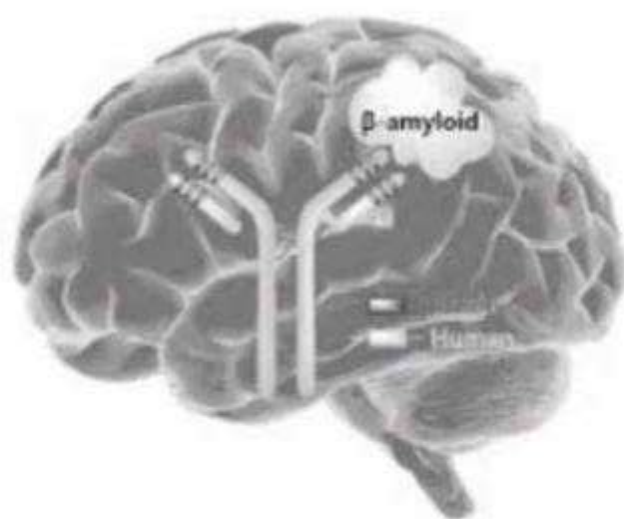
## Funzionamento degli anticorpi monoclonali anti-amiloide





## BAPINEUZUMAB, SOLANEZUMAB, CRENEZUMAB, ADUCANUMAB

- Anticorpi monoclonali umanizzati che si legano alla beta amiloide e la rimuovono dal tessuto cerebrale.
- Non possono essere somministrati per via orale ma solo per via endovenosa o sottocutanea.

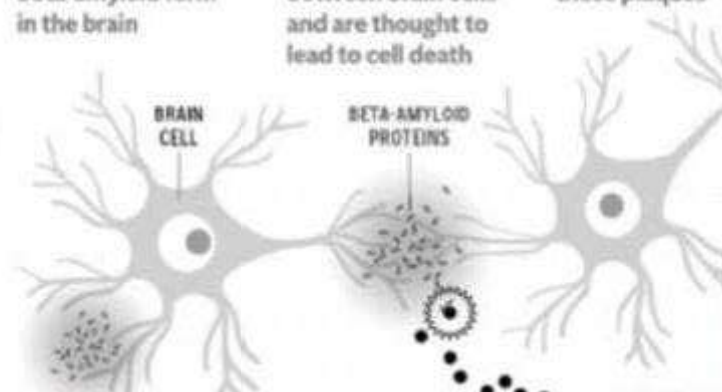


### HOW THE DRUG WILL WORK

**1** In Alzheimer's patients, clumps of a protein called beta-amyloid form in the brain

**2** These clumps, or plaques, can block communication between brain cells and are thought to lead to cell death

**3** The new drug, solanezumab works by attacking these plaques





## SOLANEZUMAB

|Aziende

### Trial fallito: Eli Lilly ritira il farmaco anti-Alzheimer

Solanezumab, considerato tra i prodotti più promettenti contro la malattia, non ha superato i test clinici di fase 3. Impatto negativo di 150 milioni di dollari

Si lega ad A $\beta$  monomeri



**2016:** assenza di risultati significativi sulle funzioni cognitive

**2018:** nessun miglioramento dei sintomi cognitivi negli AD di grado lieve-moderato



### BAPINEUZUMAB TRIAL PFIZER FALLITO

Si lega ad A $\beta$  monomeri/ aggregati

### TRIALS IN CORSO

Therapeutic	Developer	Target	Status	Patient Diagnosis	Trial Completion
Aducanumab	Biogen	Aggregated amyloid	Phase III	Mild AD	2022
Crenezumab	Genentech/ Roche	Aggregated amyloid (low activity against amyloid monomers)	Phase II-III	Mild AD	2020-2021
Gantenerumab	Roche	Aggregated amyloid	Failed, new Phase III initiated	Mild/moderate AD	2018-2019

2 trials di fase 3:  
1350 pazienti ciascuno





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

## Lilly's Donanemab Slows Clinical Decline of Alzheimer's Disease in Positive Phase 2 Trial

INDIANAPOLIS, Jan. 11, 2021 /PRNewswire/ -- Donanemab, an investigational antibody that targets a modified form of beta amyloid called N3pG, showed significant slowing of decline in a composite measure of cognition and daily function in patients with early symptomatic Alzheimer's disease compared to placebo in results from **Eli Lilly and Company's (NYSE: LLY) Phase 2 TRAILBLAZER-ALZ study**. Donanemab met the primary endpoint of change from baseline to 76 weeks in the Integrated Alzheimer's Disease Rating Scale (iADRS), slowing decline by 32 percent relative to placebo, which was statistically significant. The iADRS is a clinical composite tool combining the cognitive measure ADAS-Cog13 and functional measure ADCS-iADL, two commonly used measures in Alzheimer's disease. Donanemab also showed consistent improvements in all prespecified secondary endpoints measuring cognition and function compared to placebo but did not reach nominal statistical significance on every secondary endpoint.

## Farmaci orientati sul declino cognitivo e funzionale della demenza

### Donanemab (terapia anti-amiloide)

- Cognitività
- Alzheimer precoce sintomatico
- Il trial di Fase 2 mostra un significativo rallentamento del declino cognitivo e della funzionalità quotidiana
- Elementi di novità del disegno del trial
- Deve testare la positività di amiloide e tau alla PET
- I volontari sono indirizzati al placebo quando i livelli delle placche amiloidi sono più bassi rispetto ai livelli normali
- Un secondo, più esteso, trial di Fase 2 è ancora in corso

Indicazioni MCI due to AD

La FDA il 7/7/2021 approva **ADUCANUMAB**  
(ADUHELM) IN AMERICA E PROCEDURA  
ACCELERATA PER **LECANEMAB**

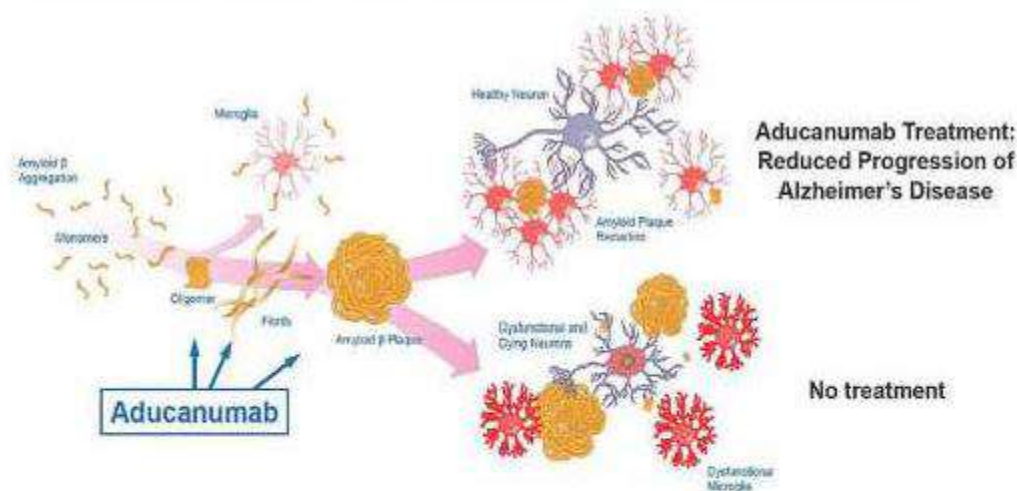
20 APRILE 2022 EMANEGA APPROVAZIONE AL  
COMMERCIO DELL'**ADUCANUMAB** PER IL  
MERCATO EUROPEO  
STA VALUTANDO AUTORIZZAZIONE PER  
**LECANEMAB**



## APPROVAZIONE DI ADUCANUMAB da parte di FDA - USA

- **Aducanumab** (terapia anti-amiloide)
- Trial di fase 3 : **MCI dovuto ad Alzheimer** e **m.di Alzheimer di fase lieve**
- Primo studio interrotto per assenza di risultati significativi : Mar 2019
- Revisione dei dati con analisi estesa: CTAD Dic 2019
  - Riduzione del declino cognitivo
  - Effetti positivi su cognitiv  e funzione
  - Riduzione dei biomarkers di amiloide/tau
- Estensione dello studio in aperto : Mar 2020
- FDA grants 'Priority Review': Aug 2020
- Anticipo della decisione di FDA: **7 giugno 2021**

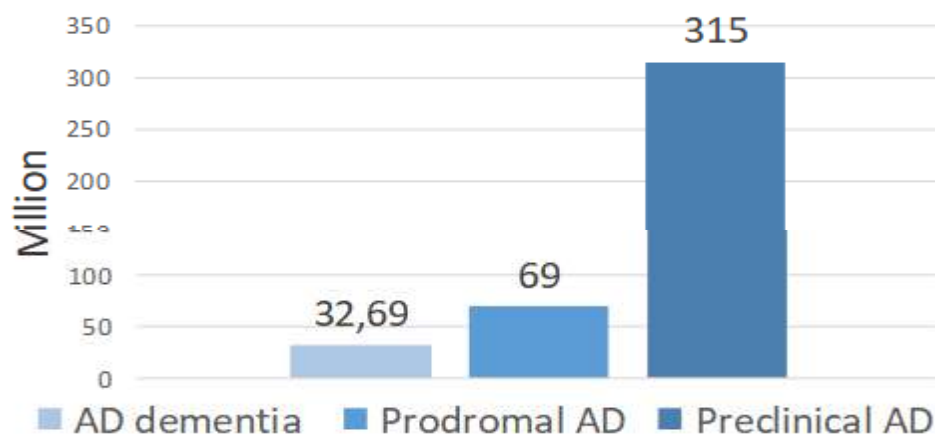
### Aducanumab: Targeting Alzheimer's Disease Pathology





## Dementia: the main challenge for brain health in older adults

**416 million** persons in the **AD continuum** → 22% of the 1.9 billion people aged 50+ worldwide



*Gustavsson et al., Alzheimer & Dementia 2021*

### Anti-amyloid disease-modifying drugs for AD

- Aducanumab (USA), 2021
- Lecanemab (USA), 2023
- Donanemab, 2024?



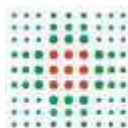
**Many patients will not be eligible for anti-amyloid drugs**

Eligible for anti-amyloid drugs			KAROLINSKA Universitetssjukhuset
All patients (N=404)	MCI (N=93)	AD Dementia (N=99)	
7-12%	13-27%	17-28%	

*Rosenberg et al., Neurology 2022*





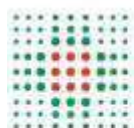


## Luci ed ombre - 1

Aducanumab è stato approvato utilizzando una procedura particolare, la così detta procedura accelerata, utilizzata precedentemente per permettere l'utilizzo in clinica di farmaci per il trattamento di malattie gravi che hanno pochi trattamenti alternativi. In questi casi l'agenzia regolatoria non richiede risultati clinici positivi nei trial di fase 3 ma utilizza come criterio di efficacia la modifica di un biomarcatore surrogato.

Nel caso di aducanumab, in cui gli studi registrativi di fase 3 (Engage e Emerge) non avevano portato ad un miglioramento clinico nei soggetti trattati, si è valutato come risultato positivo la riduzione delle placche amiloidi a livello cerebrale, valutate mediante PET, nei soggetti trattati con il più alto dosaggio di anticorpi nel solo studio Emerge. Questa riduzione è stata valutata come un segnale positivo di efficacia, che potrebbe condurre nel tempo ad un miglioramento clinico. Per questo il farmaco veniva approvato per l'uso nei soggetti con malattia di Alzheimer dando spazio ad uno studio osservazionale di nove anni, finito il quale la FDA si riserva di accettare o meno l'efficacia di aducanumab e quindi il suo mantenimento sul mercato.



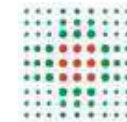


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

## Luci ed ombre - 2

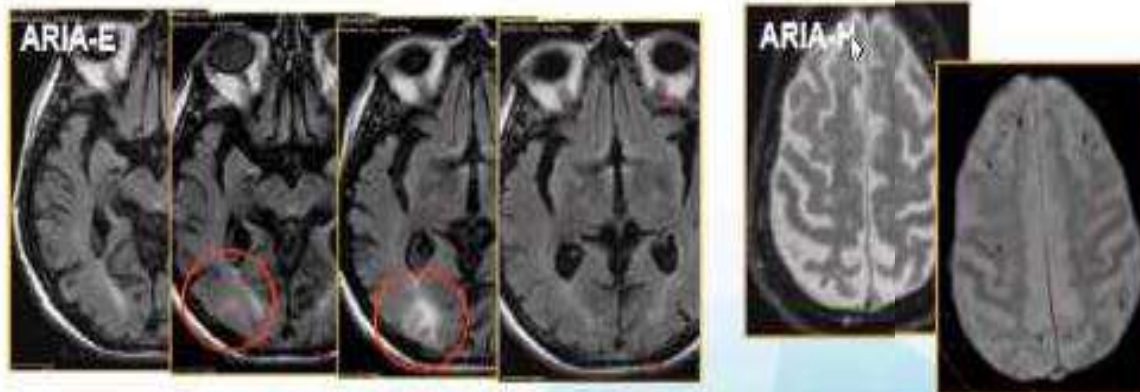
I dubbi che sono emersi sul piano scientifico fanno riferimento al fatto che precedenti studi con farmaci anti-amiloide non hanno mostrato una relazione fra riduzione del carico amiloideo cerebrale e miglioramento clinico, in quanto l'accumulo di altre proteine, come la tau, permane nel tessuto cerebrale come pure la neurodegenerazione.

Un'altra forte critica è stata rivolta alla FDA in merito a chi potrà essere trattato con questo anticorpo che deve essere somministrato una volta al mese per via endovenosa, in aree sanitarie dedicate a questo tipo di terapia, trattamento che deve essere attentamente monitorato, soprattutto con frequenti esami di risonanza magnetica cerebrale, per i rischi di edema e di micro-emorragie cerebrali che sono legati al suo meccanismo di azione.



## ARIA (amyloid related imaging abnormalities)

- The term ARIA refers to a spectrum of MRI signal abnormalities observed in the clinical trials of amyloid lowering agents.
- Image presentation as vasogenic edema (ARIA-E) or deposition of heme products (ARIA-H)
- Spontaneous ARIA-like events can occur in untreated AD and CAA
- The mechanism leading to ARIA are not fully elucidated
  - Putative pathophysiological basis thought to be increased vascular permeability triggered by removal of parenchymal/vascular amyloid







## Luci ed ombre - 3

Un altro problema molto dibattuto non solo nella comunità scientifica ma anche fra i sistemi sanitari sia degli Stati Uniti che nei Paesi europei, è la sostenibilità economica di una cura i cui costi annuali per paziente si aggirano sui 48 mila Euro per il solo farmaco, a fronte di un'efficacia terapeutica non dimostrata sul piano clinico.

Molti si domandano infine se questa procedura inusuale per l'approvazione di un farmaco anti demenza non possa aprire le porte alla richiesta di altre aziende farmaceutiche di utilizzare la procedura accelerata per ottenere l'approvazione di farmaci la cui efficacia clinica non è supportata da dati evidenti e forti nei trial clinici per la registrazione.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

# Considerazioni

L'**Aducanumab** è il primo farmaco autorizzato nelle forme precoci della malattia di Alzheimer e rappresenta per ciò stesso una sfida per un possibile cambiamento di paradigma nell'affrontare tale patologia.

L' **impatto di questa decisione sull'organizzazione dei servizi merita dunque una attenta valutazione** in attesa delle decisioni dell'**EMA** e successivamente dell'**AIFA**, le Agenzie regolatorie europea e italiana.

È opportuno ricordare che in questo momento, nel nostro Paese, si stanno definendo le azioni connesse all'utilizzo del "**Fondo per l'Alzheimer e le Demenze**", istituito dall'ultima **Legge di Bilancio**, e si sta conducendo lo studio "**Interceptor**", finanziato dall'AIFA e dal Ministero della Salute, con la finalità di identificare forme precoci di malattia di Alzheimer che potranno trarre un possibile beneficio dalla somministrazione di un farmaco.

Tavolo tecnico di  
monitoraggio del  
Piano Nazionale  
Demenze, Ministero  
della Salute- ISS, luglio  
2021



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

SPERIMENTAZIONI CLINICHE DIMOSTRANO NETTA  
RIDUZIONE DI PLACCHE AMILOIDE AL LECANEMAB ED  
ADUCANEAB  
QUESTA RIDUZIONE HA UN EFFETTO CLINICO E IN CHE  
TEMPI?

La maggior parte delle scale cliniche utilizzate nei trial  
considera il decremento clinicamente rilevante (utilizzano CDR  
0,98 nei MCI e 1,63 A e MMSE 1,26 e 2,32)

Utile un'analisi sui responder

Sicurezza del farmaco



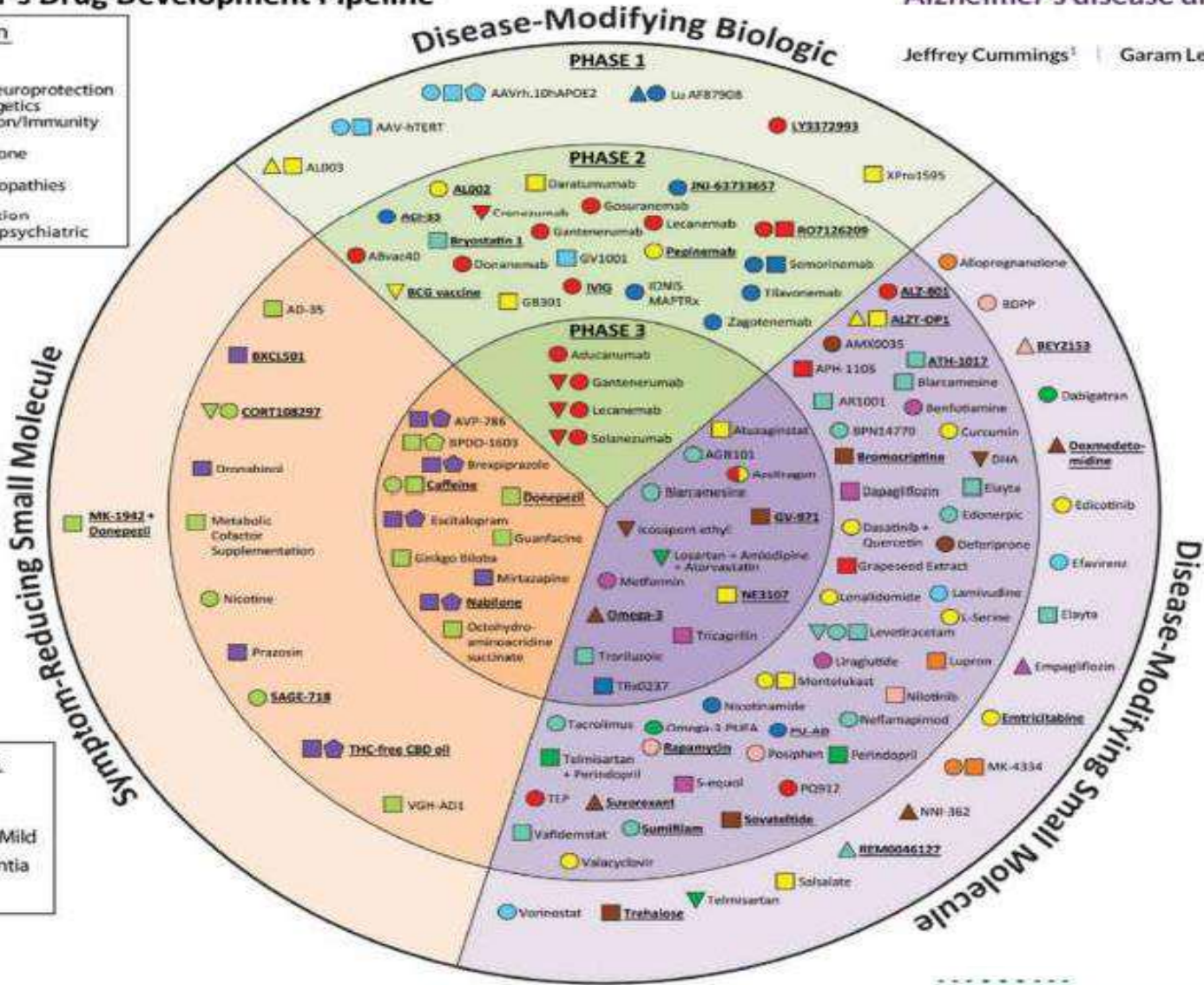
2021 Alzheimer's Drug Development Pipeline

**Mechanism of Action**

- Amyloid
- Tau
- Synaptic Plasticity/Neuroprotection
- Metabolism/Bioenergetics
- Inflammation/Infection/Immunity
- Vasculature
- Growth Factor/Hormone
- Epigenetic
- Proteostasis/Proteinopathies
- Other
- Symptomatic - Cognition
- Symptomatic - Neuropsychiatric

**Subject Characteristics**

- Healthy Volunteers
- Preclinical
- Prodromal/Prodromal - Mild
- Mild - Moderate Dementia
- Severe Dementia

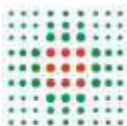


Alzheimer's disease drug development pipeline: 2021

Jeffrey Cummings<sup>1</sup> | Garam Lee<sup>2</sup> | Kate Zhong<sup>3</sup> | Jorge Fonseca<sup>4</sup> | Kaz

Lo stato  
dell'arte de  
farmaci AD

Alzheimer's Dement. 2021;7:e12179.  
<https://doi.org/10.1002/trc2.12179>



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

# DEMENZA

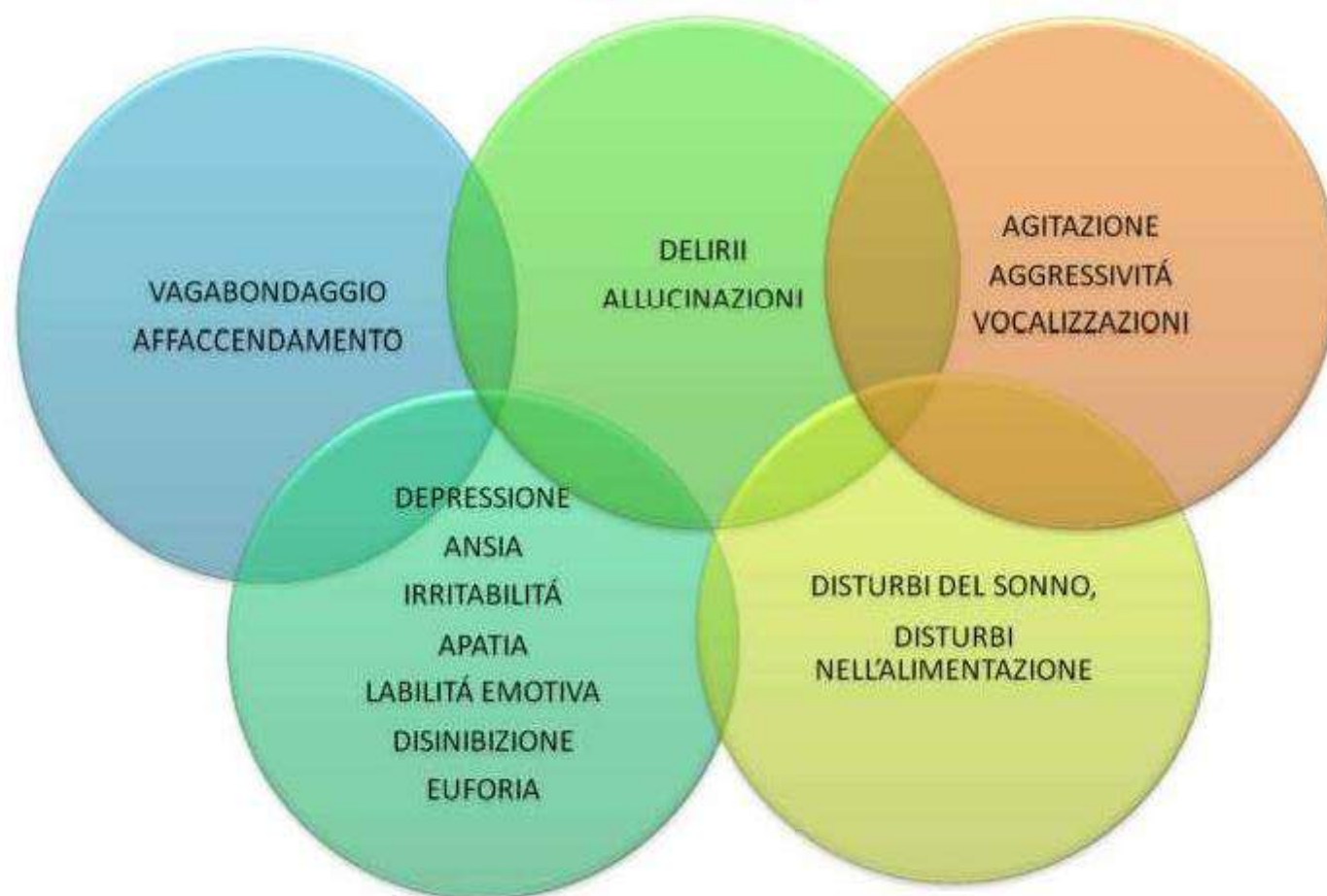
## DISTURBI COGNITIVI

Memoria a breve termine  
Memoria di richiamo  
Orientamento spazio temporale  
Attenzione  
Prassia  
Linguaggio

## DISTURBI COMPORTAMENTALI

Deliri  
Allucinazioni  
Agitazione  
Aggressività  
Disturbi del sonno  
Disturbi alimentari  
...

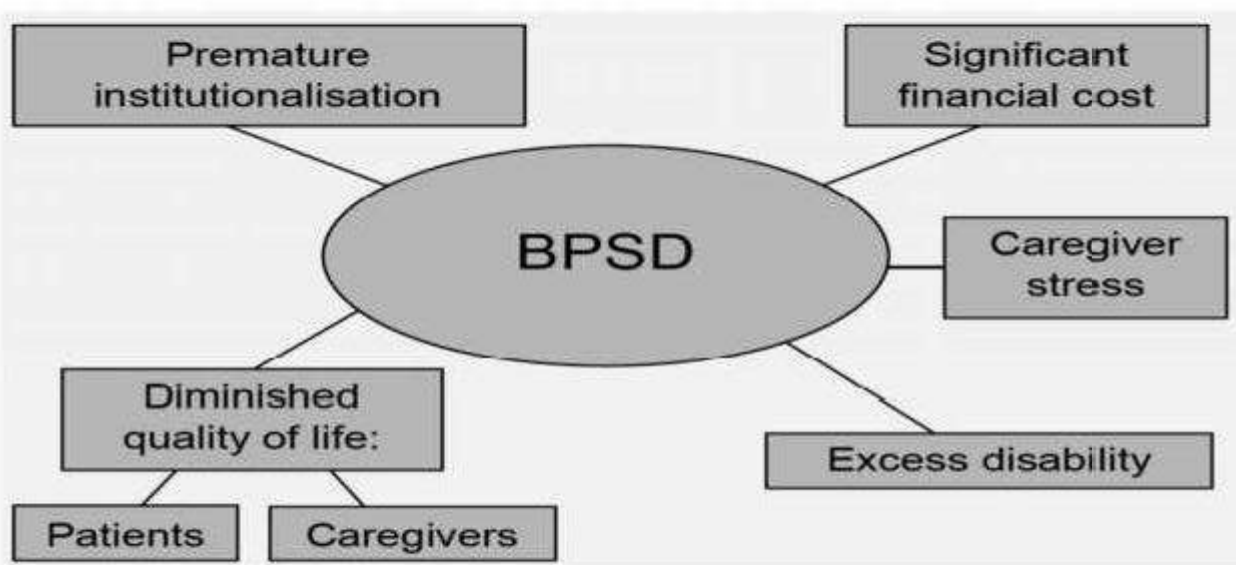
# I Disturbi Comportamentali nella Demenza (BPSD)



SERVIZIO SANITARIO REGIONAL  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di B  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a caratti



## Rappresentano il «problema principale» nella gestione della demenza



Introduction to BPSD. Sanford Finkel  
Int. J. Geriatr. Psychiatry 15, S2-S4 (2000)

<sup>1</sup>Pinquart & Sorensen (2003). *Int Psychogeriatr* 16(4), 1-19.

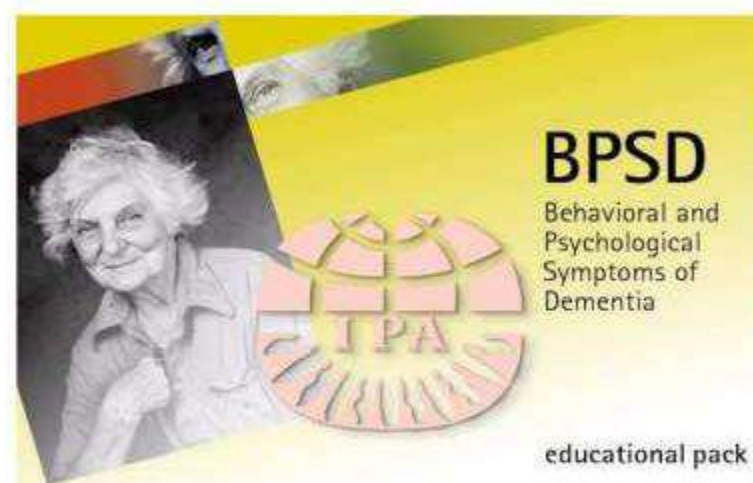
<sup>2</sup>Machnick et al. (2009). *Int J of Geriatric Psych*, 24(4), 382-389.

<sup>3</sup>de Vugt et al (2005). *Int Psychogeriatr*, 17, 577-589.

<sup>4</sup>Chan et al. (2003). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58(6), 548-554.

Elevato carico assistenziale  
(burden) per il caregiver<sup>1,2</sup>

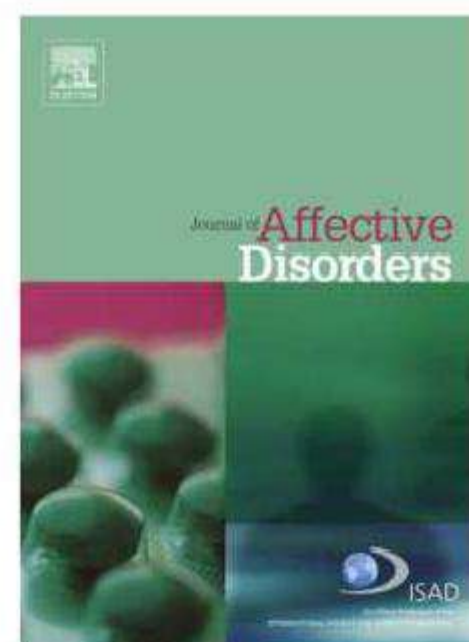
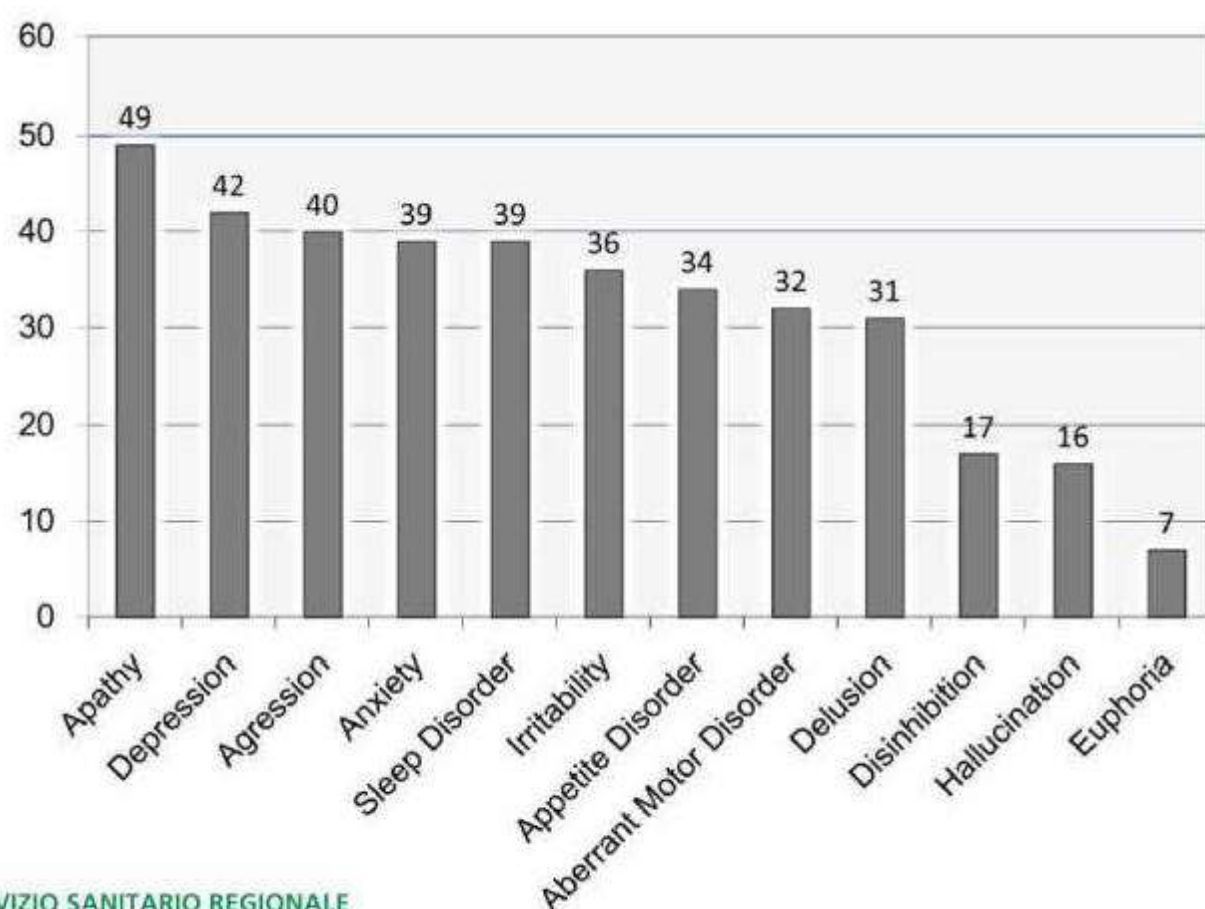
Forti predittori di  
istituzionalizzazione<sup>3,4</sup>



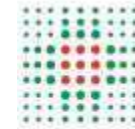
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

# Epidemiologia

J Affective Disorders, 2015



# Disturbi psicotici



SERVIZIO SANITARIO REGIONAL  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di B  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a caratti

## DELIRI PARANOIDEI (DP)

- Furto
- Nocumento
- Infedeltà
- Abbandono
- Riferimento

## FALSI RICONOSCIMENTI DELIRANTI (FRD)

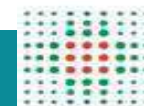
- S. di Capgras
- S. di Fregoli
- S. dell'ospite fantasma"
- FRD immagini
- FRD abitazione

## ALLUCINAZIONI

- Visive
- Uditive







## Farmaci per specifici *cluster* di BPSD





# Antipsicotici Classici

Sono farmaci nati per la cura dei disturbi psicotici dei malati di schizofrenia

Vengono utilizzati (spesso anche troppo) anche per i disturbi comportamentali nella demenza (soprattutto per allucinazioni, deliri e agitazione)

Hanno molti effetti collaterali (causano Parkinsonismo, problemi cardiologici, confusione mentale, problemi ematologici, ecc ecc)

Da usare sotto stretto controllo medico, al dosaggio più basso possibile e per il tempo più breve possibile.

I più conosciuti sono aloperidolo, clorpromazina, promazina.

Li può prescrivere anche il medico di famiglia



---

# Antipsicotici atipici

---

Sono l'evoluzione dei farmaci precedenti.

Hanno un po' meno effetti collaterali (soprattutto nel Parkinson).

Sono più costosi.

Non possono essere prescritti dal medico di famiglia ma serve un piano terapeutico nei Centro Disturbi Cognitivi.

Dopo una prima fase in cui venivano molto utilizzati sono stati ridotti a causa di un essenziale rischio di ictus.

Seguono le stesse regole dei farmaci precedenti (usare il dosaggio più basso per un tempo più breve possibile)

Principali sono: olanzapina, quetiapina, risperidone, aripiprazolo.





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

## Uso di antipsicotici

**All-cause mortality in older adults with affective disorders and dementia under treatment with antipsychotic drugs: A matched-cohort study**

Szmulewicz, Alejandro G. et al.

Psychiatry Research , Volume 265 , 82 - 86 , 2018



**Cochrane  
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews



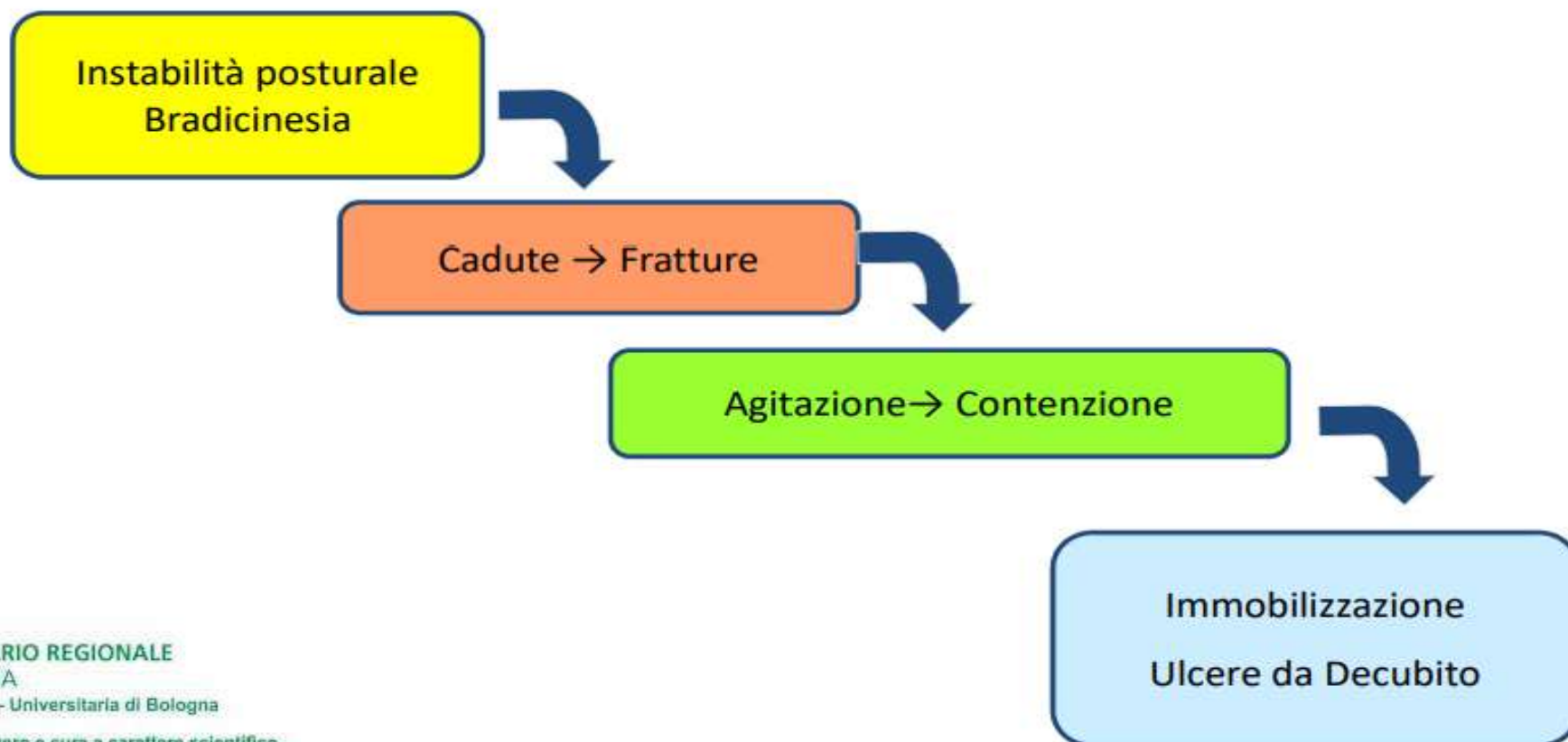
**Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia (Review)**

Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AIM, van Driel ML, Christiaens T

Minori **eventi  
avversi** (cadute,  
sedazione, eventi  
cerebrovascolari,  
cardiaci)

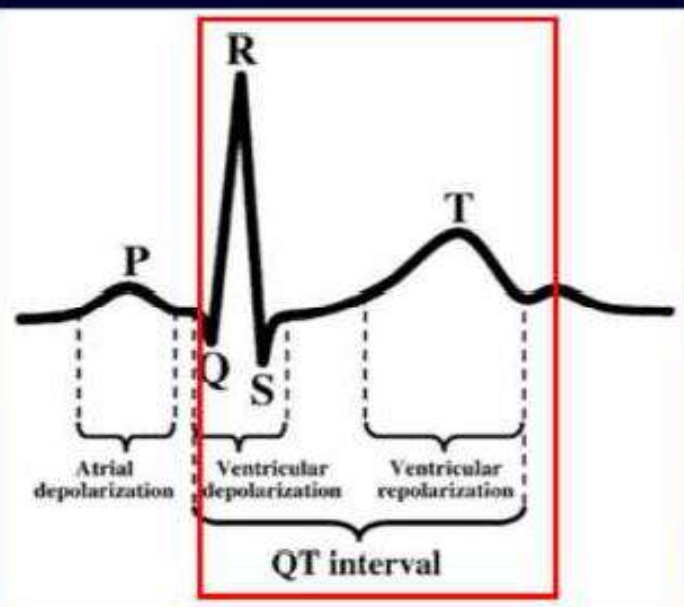
Minore **mortalità**

## Effetti collaterali di tipo extrapiramidale (EPS) dei neurolettici negli anziani con demenza: conseguenze “reali”





## Intervallo QT/QTc



- $QTc = QT$  corretto per FC ( $QT/R-R$ )

QTc (msec)	M	F
Normale	< 430	< 450
Borderline	431-450	451-470
Prolungato	> 450	> 470

- $QTc > 500$  msec: rischio di aritmie ventricolari >> Torsione di Punta (TdP)

Bednar et al, Progr Cardiovasc Dis, 2001, 43, 5 (suppl 1), 1-45

**Effetti  
cardiologici  
da non  
sottovalutare**

# Antidepressivi

Sono efficaci non solo nel trattamento della depressione ma hanno effetti benefici anche su: ansia, irritabilità, disturbi del sonno, agitazione ed aggressività.

Meccanismo d'azione: aumentano i livelli cerebrali di serotonina.

Effetti collaterali: disturbi gastrointestinali, disturbi della sfera sessuale, antiaggreganti piastrinici.

L'efficacia inizia dopo circa un mese di terapia e l'assunzione deve continuare almeno 6 mesi.

Alcuni di questi effetti indesiderati, sfavorevoli nel giovane, possono essere gli effetti ricercati nel paziente anziano con BPSD.

Farmaci	Effetti indesiderati	Indicazioni
SSRI	diminuzione libido, anorgasmia Sedazione	Ipersessualità Insonnia
SNRI	Aumento di appetito e peso	Anoressia
NASSA	Aumento di appetito e peso Sedazione	Anoressia Insonnia, Agitazione





# Benzodiazepine BDZ

Questa categoria di farmaci viene utilizzata per il controllo di: ansia, insonnia e agitazione.

Utilizzo delle BDZ, essendo gravato da eventi avversi potenzialmente gravi, andrebbe ristretto a casi selezionati. I principali effetti collaterali sono:

- Disturbi di equilibrio
- Rischio Caduta
- Confusione mentale
- Eccessiva sedazione
- Effetto paradosso
- Crisi di astinenza se sospese

Le più conosciute sono alprazolam, lorazepam, bromazepam, clonazepam



# Benzodiazepines in the Treatment of Behavioural and Psychological Symptoms Associated with Dementia and Their Impact on Cognitive Impairment: Review of Clinical Evidence



Authors:

Pasqualina Stranieri,<sup>1</sup> Rosa Maria Cordaro<sup>2</sup>

1. Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy
2. Section of Radiology, Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, Catanzaro, Italy

\*Correspondence to: dott.ssastranieripasqualina@gmail.com



EMJ

Int. J. Med. Sci. 2016, Vol. 13

825



International Journal of Medical Sciences  
2016; 13(11): 825-834. doi: 10.7150/ijms.16185

Research Paper

## Association between Benzodiazepine Use and Dementia: Data Mining of Different Medical Databases

Mitsutaka Takada<sup>✉</sup>, Mai Fujimoto, Kouichi Hosomi

Division of Clinical Drug Informatics, School of Pharmacy, Kinki University, Higashi-osaka, Osaka, 577-8502, Japan.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

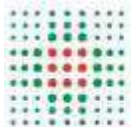
Efficaci nel controllare alcuni sintomi ma ad **elevato rischio di eventi avversi:**

peggioramento del deficit cognitivo, sedazione, confusione, effetti anticolinergici, cadute

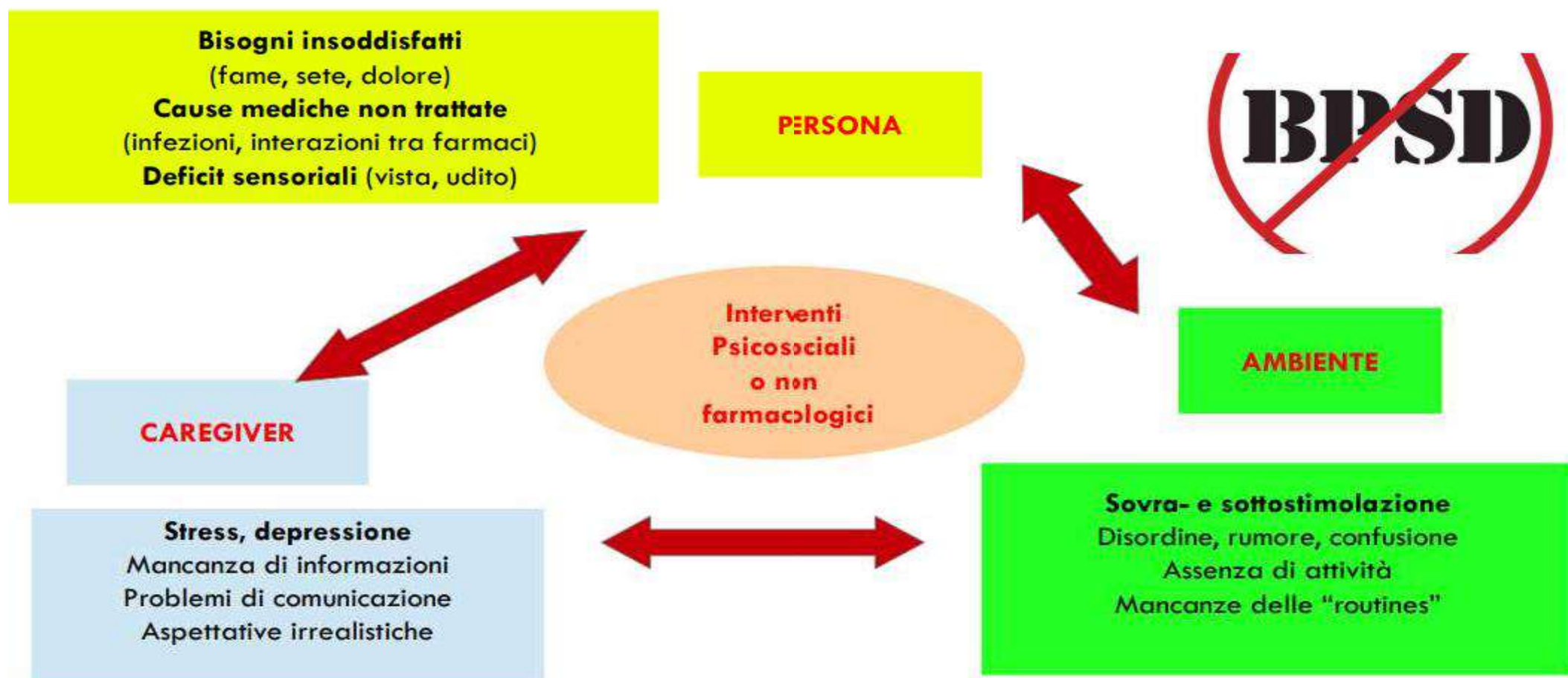
Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 • February 2023 • EMJ

### Benzodiazepine ed anziani...

2012 Farmaci in commercio in Italia	Raccomandazione d'uso	Razionale	Forza raccomandazione	Farmaci alternativi **
<b>Barbiturici</b> Fenobarbital	Evitare	Alto rischio di dipendenza, di tolleranza e di overdose	Forse	Altri farmaci antiepilettici: lamotrigina, acido valproico, levetiracetam, gabapentin*
<b>Benzodiazepine a breve o intermedia durata</b> Alprazolam Estazolam Lorazepam Oxazepam Temazepam Triazolam	Evitare per il trattamento dell'insonnia, dell'agitazione o dei delirium	Gli anziani presentano maggior sensibilità alle benzodiazepine e un più lento metabolismo per le BDZ a lunga durata d'azione. In generale, tutte le BDZ aumentano il rischio di disordine cognitivo, delirio, cadute, fratture, incidenti in macchina	Forse	Nella lista di Beers del 2003, veniva accettato l'uso di BDZ entro determinati dosaggi: Alprazolam <2 mg/die, Lorazepam <3 mg/die, Oxazepam <45 mg/die, Temazepam <15 mg/die, Triazolam <0,25 mg/die
<b>Benzodiazepine a lunga durata</b> Clonazepam Clordiazepossido Amtriptilina/Clordiazepossido Clonazepam Diazepam Flurazepam			Forse	BDZ a breve emivita con le modalità posologiche idonee



## FATTORI SCATENANTI I PROBLEMI COMPORTAMENTALI NELLA DEMENZA





## Origine dei BPSD: paradigmi

- **Bisogni non soddisfatti** (**unmet needs**) mancata soddisfazione di esigenze fisiche (es. dolore, deficit sensoriali), emozionali (es. paura), sociali (es. solitudine), assistenziali (es. ridotta mobilità) non sempre evidenti
- **Modello comportamentale** (**learning theory**): involontario rinforzo dei comportamenti inappropriati da parte del personale di assistenza
- **Soglia dello stress** (**stress threshold**): iper-reattività a stimoli ambientali apparentemente innocui, con ridotta capacità di gestire lo stress legata alla demenza



## Dal paradigma al trattamento

- **Bisogni non soddisfatti (unmet needs):** controllo dei sintomi somatici (es. trattamento del dolore, correzione dei deficit sensoriali), attività tranquillizzanti, stimolazione sociale, modifica delle modalità di assistenza (es. rimozione di contenzioni)
- **Modello comportamentale (learning theory):** rinforzo dei comportamenti appropriati (modificazioni di ambiente e/o modalità assistenziali)
- **Soglia dello stress (stress threshold):** identificazione precoce dei segni di stress, rimozione dei fattori ambientali e relazionali scatenanti



## Ridefinizione dei BPSD

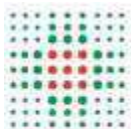
- Cunningham, Macfarlane e Brodaty (2019)

Language paradigms when behaviour changes with dementia # **BanBPSD** IJGP

- Wolverson et al (2019) **Naming and Framing theBPSD paradigm** *OBM Geriatrics* 3,4

**Behavioral and Emotional Expressions of Need (BEEN)**- survey of people with dementia and family perception ( next study with AE)





SERVIZIO SANITARIO REGIONAL  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di B  
IRCCS Istituto di ricovero e cura a caratti

PRACTICAL GUIDE



# PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS AND DEMENTIA

Understanding, knowing, implementing



Foreword	3
Notice to readers	6
Adapted physical activity	8
Animal assisted interventions	16
Art therapy	24
Cognitive rehabilitation	32
Cognitive stimulation therapy	40
Dance-based interventions	48
Horticultural therapy	56
Multisensory stimulation	64
Music therapy	74
Reminiscence therapy	84
Synthesis	91
Reviewers	95

2022



## Musica nella demenza: diversi tipi di intervento

- ➔ Ascolto musicale → prevalente effetto rilassante, possibile miglioramento persistente di ansia e depressione (Guetin et al., Dementia Geriatr Cogn Disord, 2009)
  - ✓ registrata
  - ✓ dal vivo

Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature

- ➔ Musicoterapia interattiva → coinvolgimento, relazione  
Sung HC e Chang AM, J Clin Nurs, 2005

Leggieri M et al., Front Neurosci, 2019





D'Errico M. T, Falzone M, Emanuele Antonietti,  
Carmen V., Macchiarulo M. Lunardelli M.L.,

Geriatra Lunardelli  
Policlinico Sant'Orsola Malpighi  
Alma mater studiorum Università di Bologna

POLICLINICO DI  
**SANT'ORSOLA**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

## LA MUSICOTERAPIA VOCALE DI GRUPPO: DATI DI UN'ESPERIENZA SU DUE GRUPPI DI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE TIPO AD DI GRADO LIEVE MODERATO E RELATIVI CARE-GIVERS.

### CONCLUSIONI

I tempi di osservazione a 4 mesi forse limitano l'effetto di questo intervento sulla sfera cognitiva e funzionale dei pazienti e sul burden dei caregiver anche se ne attenuano il senso di solitudine; vi è sicuramente un miglioramento per il tratto comportamentale. Non vi è differente beneficio a frequenza di una volta o due volte a settimana; tanto al momento la musicoterapia è stata proseguita in entrambi i gruppi una sola volta a settimana ed è stata messa anche ad un gruppo di soggetti MCI e soggetti con demenza grave (CDR 3).





## Possibili benefici degli Interventi con l'Ausilio di Animali (AAU) nella demenza

- **Stimolazione cognitivo-motoria:**  
attenzione, motivazione, coordinamento psico-motorio
- **Miglioramento dello stato affettivo:**  
evocazione di emozioni positive, stimolazione tattile, piacevole, elemento ludico, relazione di attaccamento
- **Costruzione di una relazione:** relazione non giudicante e non verbale tra uomo e animale, stimolo alla relazione tra individui

## Considerazioni conclusive- 1

Progressi nella **comprensione dei meccanismi di malattia**, particolarmente per la **malattia di Alzheimer**

**Progressi nella diagnosi**

**Speranze per le terapie con anticorpi monoclonali** che potrebbero modificare l'evoluzione della demenza di Alzheimer ma questo riguarderà solo un **sottogruppo di pazienti**

L'attenzione sui farmaci determinerà una maggiore attenzione alla demenza e forse anche un miglioramento del funzionamento del CDCD (+ risorse ?)

**CDCD** : centro di riferimento per il **pz** e il **caregiver** soprattutto nel **POST-DIAGNOSI**

## Considerazioni conclusive- 2

Molti sono i **fattori** che possono influenzare il decadimento cognitivo per cui va strutturato un **sistema di presa in carico del pz e della famiglia** per :

- Limitare l'impatto della **disabilità**
- Sostenere il **caregiver**
- Prevenire e controllare i **disturbi comportamentali** la cui NON gestione determina ricoveri ospedalieri inappropriati e istituzionalizzazione precoce
- Mantenere le persone con demenza in **comunità** : informare e sostenere
- **Formazione** sulla demenza che richiede una **ASSISTENZA SPECIALIZZATA**
- Lavorare su invecchiamento attivo e **prevenzione** sulla demenza : è il **futuro**



## Considerazioni conclusive-3

I **disturbi cognitivi** e la **comportamentali** si sono accentuati con il **distanziamento sociale** imposto dalla pandemia da Covid-19

Oggi vi è la possibilità di erogare **interventi psicosociali a distanza** non solo per contrastare l'isolamento ma anche per controllare le **problematiche** del paziente e del caregiver attraverso interventi non farmacologici.

Molte possibilità sono offerte dalla **tecnologia ICT**: dai sistemi di messaggistica (videochiamate, whatsapp, social media ecc.) alle app fino a vere e proprie piattaforme di telemedicina.

Necessità di erogare **interventi individualizzati a domicilio** per sostenere la persona con demenza e la sua famiglia.

**Piacere di avere comunicato con voi**

*a.fabbo@ausl.mo.it*



Enzo, 74 aa, ex-architetto,  
**AD di grado medio-grave (CDR =3)**,  
seguito dal **CDCD** ; a casa prosegue le  
attività significative con la  
supervisione di un TO.

*Il percorso di aiuto sanitario nelle  
demenze*

*Il ruolo dell'Infermiere nei CDCD*



# **Ruolo dell' Infermiere nei CDCD**

**Dott. Milioni Marco**





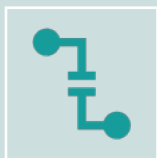
# **DEMENZA SEVERA: COSA E' E COME SI MANIFESTA**

- Fase finale della Demenza;
- Perdita autonomia funzionale
- Incapacità a mantenere la posizione eretta
- Difficoltà nella deambulazione
- Capacità cognitive limitate → maggiore sforzo per comunicare con il paziente

# DEMENZA SEVERA: COSA E' E COME SI MANIFESTA



Possono ancora dire parole o frasi, ma comunicare il dolore diventa difficile.



la memoria e le capacità cognitive continuano a peggiorare fino a una quasi totale scomparsa dei disturbi del comportamento più significativi



permangono abitualmente movimenti stereotipati delle mani, tipo sfregamento delle lenzuola o degli abiti, o altri gesti come la frammentazione del pannolone o manipolazione del materiale fecale.



# DEMENZA SEVERA: COSA E' E COME SI MANIFESTA



Vivono cambiamenti nelle abilità fisiche, incluse la possibilità di camminare, sedersi e eventualmente, inghiottire



Perdono la consapevolezza delle esperienze recenti del loro ambiente



Hanno sempre maggiori difficoltà a comunicare



Diventano vulnerabili alle infezioni, in particolare alla polmonite.

# SINTOMI DEMENZA TARDIVA O GRAVE



ALLO STATO AVANZATO DELLA DEMENZA, LA CAPACITA' DEL CERVELLO DI FUNZIONARE VIENE PERSA QUASI COMPLETAMENTE.



POSSONO NON RICONOSCERE I PARENTI STRETTI O ADDIRITTURA IL LORO VISO ALLO SPECCHIO



PERDONO COMPLETAMENTE I RICORDI DEGLI EVENTI RECENTI E PASSATI

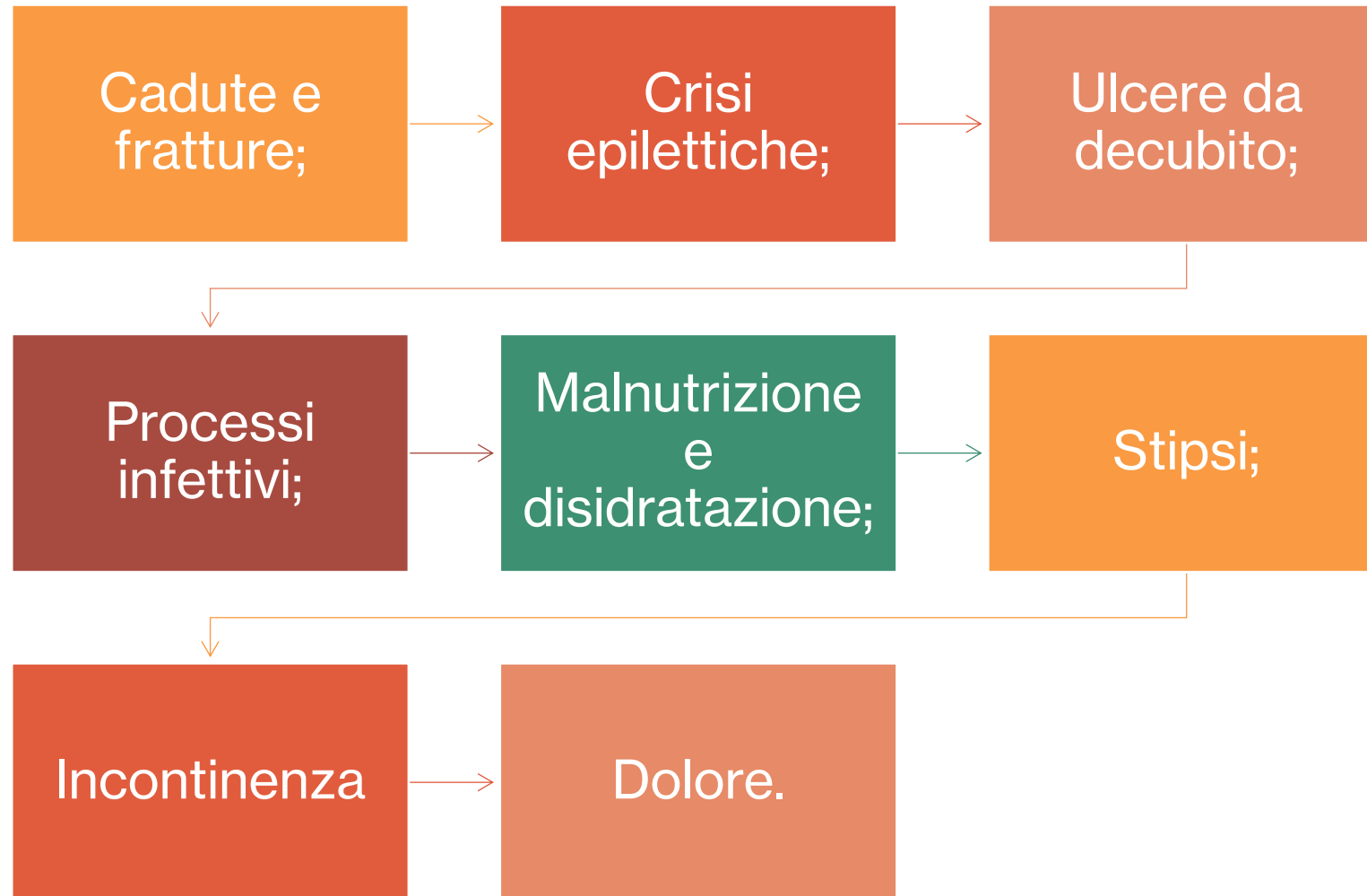


DIVENGONO INCAPACI DI SEGUIRE LE CONVERSAZIONI, DI TROVARE LA PAROLA GIUSTA O DI PARLARE



NON RIESCONO A CAMMINARE, A MANGIARE DA SOLI O A SVOLGERE ALTRE ATTIVITA' QUOTIDIANE, DIVENTANDO COMPLETAMENTE DIPENDENTI DAGLI ALTRI E ALLA FINE NON RIESCONO AD ALZARSI DAL LETTO

# LE COMPLICANZE:



# 1)CADUTE E FRATTURE: ACCORGIMENTI



Far deambulare il paziente vigilandolo;



Rimuovere il più possibile gli ostacoli ambientali (tappetini, vasi ecc);



Per evitare che il pavimento sia scivoloso, nella cucina e nel bagno, è consigliabile l'adozione di tappetini antiscivolo;



I corrimano devono essere collocati lungo le scale, ambo i lati, e per tutta la lunghezza delle stesse;



In bagno indispensabili le maniglie di appoggio;

# 1)CADUTE E FRATTURE: ACCORGIMENTI



In camera adeguare l'altezza del letto;



Eliminare poltrone o sedie troppo basse: consigliate sedie con schienale rigido e braccioli;



Ambiente illuminato con luce diffusa;



Si può chiedere consiglio al medico per i farmaci ad azione sedativa ma mai modificare la posologia prescritta sulla base di valutazioni personali;



Chiedere consiglio al terapista delle cure domiciliari (se presente) per lo svolgimento di attività motorie mirate.



## 2) CRISI EPILETTICHE:



Si tratta di solito di crisi convulsive generalizzate con perdita di coscienza e spasmi muscolari;



Sono in genere caratteristiche della fase avanzata della malattia e indicano che la degenerazione del tessuto nervoso ha creato aree patologiche.



Vanno controllate attraverso l'utilizzo di farmaci idonei prescritti dallo specialista.

### **3)PIAGHE DA DECUBITO:**

- Arrossamenti e successivamente lesioni di continuo della cute e dei tessuti sottostanti (sottocutaneo, tessuto adiposo e muscoli fino all'osso) che, per riduzione dell'apporto di sangue, dovuto alla compressione in corrispondenza delle zone in cui il corpo del malato appoggia, sulla superficie del letto o della sedia/poltrona, possono danneggiarsi fino alla morte del tessuto.
- Le sedi più frequenti sono quelle in cui il malato appoggia su una superficie:
  - glutei e regione sacrale
  - calcagni
  - fianchi
  - malleoli

# 3)PIAGHE DA DECUBITO: COSA FARE?

OSSERVARE SEMPRE LA CUTE SOPRATTUTTO NELLE ZONE SOTTOPOSTE AD APPOGGIO

- se si il paziente è immobile e se la cute si arrossa, cambiare la posizione del malato ogni 3 h, anche se è presente il materassino antidecubito, e segnalarlo al medico curante

-Curare bene l'igiene delle parti intime del malato, evitando che la cute si maceri

- Dotarsi di ausili, quali il materassino e/o i cuscini antidecubito e di un letto articolato

-Assicurare l'alimentazione (anche con integratori alimentari) e l'idratazione, consultandosi con il medico curante

- Una buona cura locale del decubito

## 4)PROCESSI INFETTIVI:



Frequenti nella fase avanzata della malattia per una progressiva diminuzione di efficienza del sistema immunitario, dovuta in parte anche all'eventuale malnutrizione.



Le zone del corpo nelle quali con più facilità si possono sviluppare processi infettivi sono costituite dalle vie aeree, dalle vie urinarie e dal cavo orale.



Alcuni comportamenti del malato (uscite al freddo con abbigliamento inadatto, rifiuto/opposizione all'esecuzione dell'igiene del cavo orale, difficoltà a mangiare e a bere, ingestione vorace di cibo con passaggio nelle vie aeree di qualche porzione dello stesso) favoriscono la comparsa dei processi infettivi.

## 4)PROCESSI INFETTIVI: ACCORGIMENTI



Ricordare che la febbre provoca spesso stati confusionali acuti con aumento dello stato di agitazione e aggressività o il contrario.



Ricordare che le capacità funzionali del malato vengono spesso perse durante i processi infettivi (ad esempio se il malato era capace di alimentarsi in modo autonomo potrebbe perdere la capacità di farlo, se non era incontinente potrebbe diventarlo)



## 5)MALNUTRIZIONE E DISIDRATAZIONE



assicurare un adeguato apporto nutrizionale;



le alterazioni dell'apporto alimentare sono frequenti sin dalle fasi iniziali della malattia:



il paziente tende più spesso ad alimentarsi poco, in modo monotono o a dimenticarsi del tutto di mangiare

# ALIMENTAZIONE IN FASE AVANZATA

Nel soggetto con demenza la progressione di malattia determina la comparsa di problemi legati a una insufficiente alimentazione.

La minore introduzione inoltre può essere collegata a problemi come il mancato funzionamento di automatismi motori quali masticare e poi deglutire :

minore senso della sete

mancato riconoscimento dello stimolo fame e/o sete

incapacità di sequenziare e finalizzare i gesti in maniera corretta al momento del pasto

minori capacità di discriminare e riconoscere i sapori, gli odori, le forme e i colori dei cibi

# 5)MALNUTRIZIONE E DISIDRATAZIONE: COSA FARE



Preparare cibi che erano graditi prima della malattia;



Provare con cibi e liquidi dolci (sono spesso più graditi);



Provare a somministrare piccole quantità di cibo, spesso e in orari diversi da quelli standard;



Utilizzare integratori se consigliati dal medico;



Pesare mensilmente il malato (quando è possibile): fare attenzione se il calo è  $>$  a 3kg;



Rispettare i tempi lenti quando lo si imbecca;

## 5)MALNUTRIZIONE E DISIDRATAZIONE: COSA FARE



Se allettato, posizionarlo semi-seduto al momento del pasto per facilitare la deglutizione;



Utilizzare cannucce o biberon se la suzione è ben conservata;




Utilizzare cibi freschi e fluidi che vengono meglio deglutiti (yogurt, gelato ecc) se la deglutizione è ben conservata (attenzione a polmonite ab ingestis);

## 6)STIPSI

È frequente durante la fase di allettamento del malato.



L'immobilità accompagnata a una minor introduzione di liquidi, può determinare un rallentamento del transito intestinale del materiale fecale e provocare la formazione di fecalomi (tappi di materiale fecale indurito, che ostruiscono il normale transito delle feci).



Anche alcuni farmaci (ad es. i neurolettici utilizzati per il controllo di alcuni disturbi del comportamento) possono facilitare la comparsa della stitichezza.



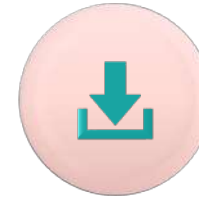
## 6)STIPSI: COSA FARE



Assicurare una alimentazione ricca in fibre e una buona idratazione del malato.



Somministrare lassativi solo dietro consigli del medico. Praticare con periodicità clisteri evacuativi sempre dietro consiglio del medico.



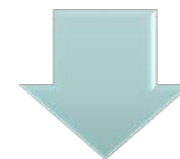
Cercare di fare scaricare il malato possibilmente in posizione fisiologica e quindi seduto; quando non è più possibile, portarlo in bagno, può essere opportuno dotarsi di una sedia comoda da mettere vicino al letto.

## 7) INCONTINENZA

La comparsa di incontinenza accompagna costantemente ogni forma di demenza



L'incontinenza può essere il primo e precoce segno, accanto al disturbo di memoria e a difficoltà nella deambulazione, di una forma di demenza



Spesso il paziente demente non è in grado di inibire la minzione per il tempo necessario a raggiungere la toilette



L'obiettivo assistenziale principale è certamente quello di mantenere il più a lungo possibile la continenza

# 7)INCONTINENZA



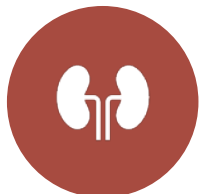
può essere un valido aiuto l'impiego di un abbigliamento facile da togliere, sostituendo cerniere e bottoni con chiusure a strappo, ciò può facilitare la continenza



possono servire indicazioni colorate che tracciano il percorso verso il bagno, l'impiego di colori per aiutare a identificare e localizzare i vari locali e il loro uso.



Una volta instaurata un'incontinenza irreversibile, sarebbe opportuno accompagnare in bagno il paziente ogni 2-3 ore.



Tendenzialmente è preferibile l'utilizzo del pannolone solo nelle ore notturne, quando necessario si ricorre all'utilizzo del catetere vescicale, con le accortezze del caso.



I pazienti con cateteri vescicali a permanenza sono predisposti alla batteriuria e alle infezioni delle vie urinarie, i sintomi possono essere vaghi o possono suggerire sepsi.

I SINTOMI AI QUALI PRESTARE ATTENZIONE  
PER LE INFEZIONI URINARIE, SONO :

```
graph TD; A[I SINTOMI AI QUALI PRESTARE ATTENZIONE PER LE INFEZIONI URINARIE, SONO :] --- B[TENESMO VESCICALE:]; A --- C[STRANGURIA:]; A --- D[POLLACCHIURIA:]; A --- E[DOLORE SOVRAPUBICO]; B --- F[BISOGNO URGENTE DI URINARE E SENSAZIONE DI NON AVER SVUOTATO DEL TUTTO LA VESCICA]; C --- G[DOLORE O BRUCIORE QUANDO SI URINA, A VOLTE CON BRIVIDI DI FREDDO]; D --- H[AUMENTATO NUMERO DI MINZIONI CON RIDOTTA QUANTITA' DI URINA PER OGNI MINZIONE]; F --- I[DISURIA :]; G --- I; H --- E;
```

**TENESMO VESCICALE:**  
BISOGNO URGENTE DI  
URINARE E SENSAZIONE DI  
NON AVER SVUOTATO DEL  
TUTTO LA VESCICA

**STRANGURIA:** DOLORE O  
BRUCIORE QUANDO SI URINA, A  
VOLTE CON BRIVIDI DI FREDDO

**DISURIA :** DIFFICOLTA' AD  
URINARE E DOLORE  
NELL'EMMISSIONE DI URINA

**POLLACCHIURIA :** AUMENTATO  
NUMERO DI MINZIONI CON  
RIDOTTA QUANTITA' DI URINA PER  
OGNI MINZIONE

DOLORE  
SOVRAPUBICO

## 8) DOLORE



Spesso il dolore non viene trattato, causando i disturbi del sonno, perdita di peso, depressione, agitazione, confusione, aumentando la disabilità e peggiorando la qualità di vita.



E' sempre utile porre la domanda alla persona anziana se ha dolore.



La valutazione del dolore può risultare molto difficoltoso; hanno la capacità di percepire gli stimoli dolorosi, anche se spesso non sono in grado di ricordare l'esperienza del dolore e di riferirla correttamente, o addirittura di concettualizzarla, quindi la valutazione si basa prevalentemente sul comportamento non verbale.





# MA NON SOLO...



Irrigidimento,



Dondolio,



Modificazione delle  
relazioni interpersonali  
(aggressività, resistenza  
alle cure, isolamento)



Rifiuto del cibo,  
modificazione del ritmo  
sonno veglia.

# LA COMUNICAZIONE

IL MALATO PERDE PROGRESSIVAMENTE LE CAPACITA' DI COMUNICAZIONE VERBALE, A SEGUITO DEL DEFICIT COGNITIVO RELATIVO ALLA FUNZIONE DEL LINGUAGGIO, MA CONSERVA LA COMUNICAZIONE NON VERBALE, CIOE' QUELLA CHE PASSA ATTRAVERSO LA MIMICA E LA GESTUALITA' (SORRISO, ESPRESSIONE DEL VOLTO, PIANTO, TOCCARE, STRINGERE, PRENDERE LA MANO, ECC.)

# LA COMUNICAZIONE: COSA FARE

Per la  
comunicazione  
con il malato è  
opportuno :

- Assumere una posizione frontale di dialogo cercando se possibile un contatto visivo
- Scandire bene le parole
- Utilizzare più canali di comunicazione (parole + mimica e gestualità + immagini visive, ad esempio mostrare il piatto con il cibo, intanto che lo si invita a mangiare)

## **LA COMUNICAZIONE: COSA FARE**



Utilizzare frasi brevi e semplici alle quali il malato possa rispondere con sì/no con accenno del capo



Utilizzare frasi dialettali se il malato comunica tramite esse e le capisce

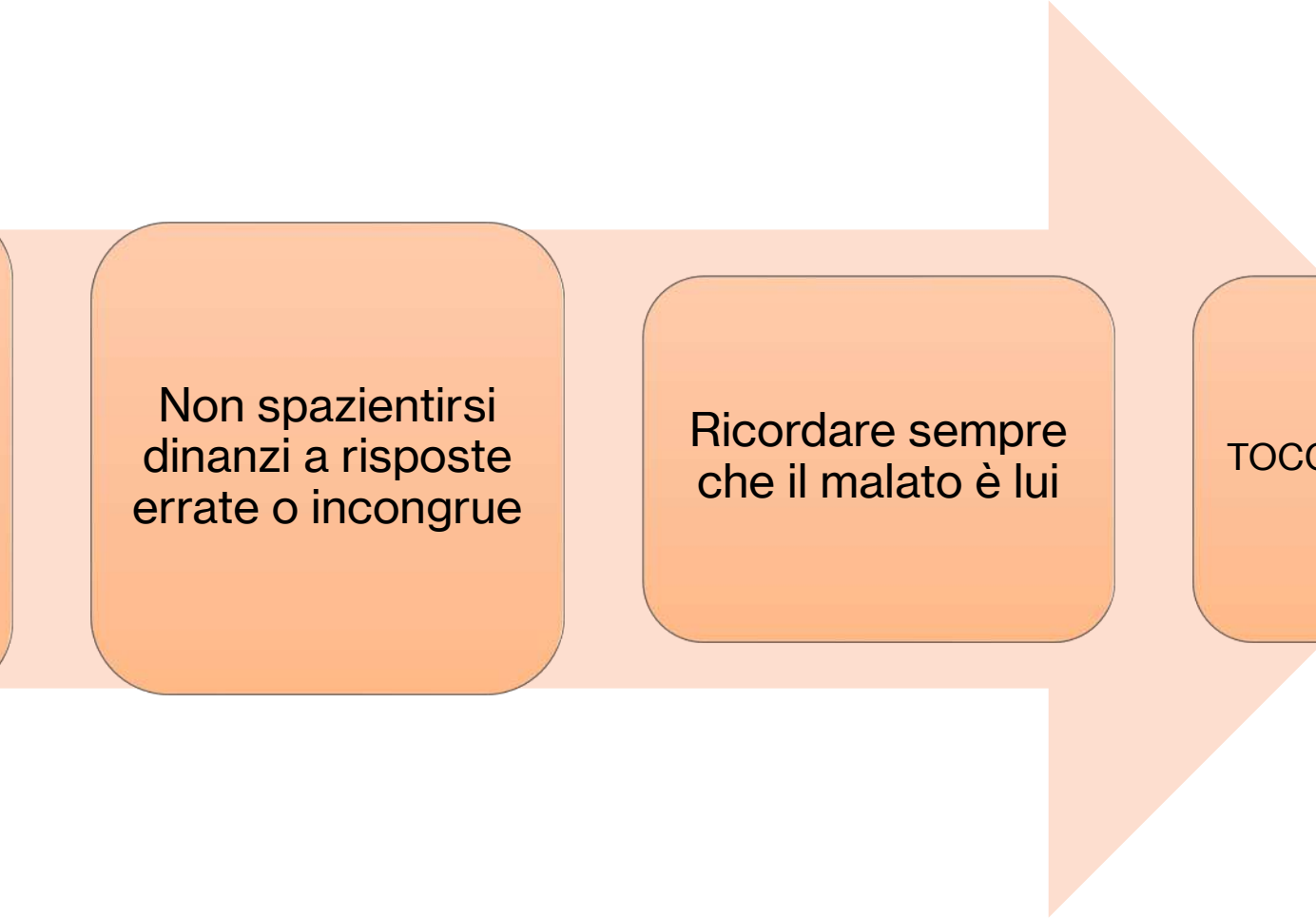


Rassicurare, comunque il malato se non capisce e lodarlo quando capisce



Recuperare la sua attenzione toccandogli la mano, accarezzandolo, chiamandolo per nome

# LA COMUNICAZIONE: COSA FARE



Se necessario  
abbracciare o  
prendere  
sottobraccio il  
malato, accettare  
tempi di risposta  
rallentati rispetto  
al normale

Non spazientirsi  
dinanzi a risposte  
errate o incongrue

Ricordare sempre  
che il malato è lui

TOCCO TERAPEUTICO.



# IL RUOLO DEL CAREGIVER:

Il caregiver è la persona, che in ambito domestico si prende cura del familiare con demenza.



I familiari hanno un ruolo centrale nella gestione del paziente affetto da demenza, rappresentano la risorsa principale per l'assistenza.



L'uso dei programmi di educazione di sostegno ai familiari è uno dei mezzi più efficaci per ridurre lo stress, altrettanto utile e strettamente collegato è imparare a concedersi spazi personali a staccare dalla situazione assistenziale.

# IL RUOLO DEL CAREGIVER:



Più precocemente si riesce a farsi aiutare da altri (Servizio di Assistenza Domiciliare, Centro Diurno, Ricovero di Sollievo), maggiore quantità di risorse psicologiche e fisiche resta a disposizione del familiare, per occuparsi con disponibilità al malato.



Il passaggio verso l'accettazione della malattia non è affatto facile, ma cercare la chiave di lettura per comprendere il mondo della persona con demenza è un primo passo.

# IL DELIRIUM E LA PREVENZIONE

NELL' ANZIANO IL  
DELIRIUM  
PUO' ESSERE L'UNICO  
SINTOMO  
DI ESORDIO  
DI QUALSIASI  
PATOLOGIA ACUTA,  
SIA MEDICA CHE  
CHIRURGICA.



IL DELIRIO E' UN  
DISTURBO  
IMPROVVISO  
VARIABILE  
E SOLITAMENTE  
REVERSIBILE  
DELLA FUNZIONE  
MENTALE



E' UNA MANIFESTAZIONE  
NEUROCOGNITIVA COMPLESSA  
CHE PUO' ESSERE DEFINITO  
COME  
«UNA DISFUNZIONE DEL  
METABOLISMO CEREBRALE  
TRANSITORIA, ESSENZIALMENTE  
REVERSIBILE  
CHE HA UN ESORDIO ACUTO O  
SUB-ACUTO  
E SI MANIFESTA CLINICAMENTE  
MEDIANTE UNA VASTA GAMMA DI  
ANORMALITA'  
NEUROPSICHIATRICHE «

# IL DELIRIUM E':

Una sindrome multidimensionale in cui si riconoscono 5 elementi:

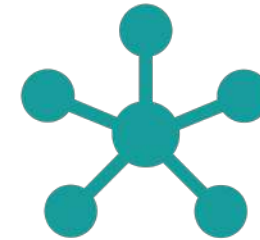
- Cambiamento acuto dello stato mentale associato alla presenza di inattenzione;
- Stato mentale fluttuante;
- Pensiero disorganizzato;
- Livello di coscienza alterato;
- Presenza di allucinazioni e illusioni.

# PUO' ESSERE SUDDIVISO IN BASE A:



## La durata del disturbo:

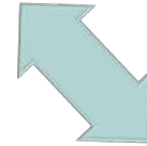
Acuto (poche ore o giorni)  
Persistente (settimane o mesi)



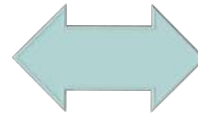
## Livelli di attività:

Iperattivo  
Ipoattivo  
Misto

SEBBENE IL DELIRIO E LA DEMENZA POSSANO PRESENTARSI A OGNI ETA', SONO MOLTO PIU' FREQUENTI NEGLI ANZIANI E POSSONO VERIFICARSI CONTEMPORANEAMENTE, MA SONO MOLTO DIVERSI:



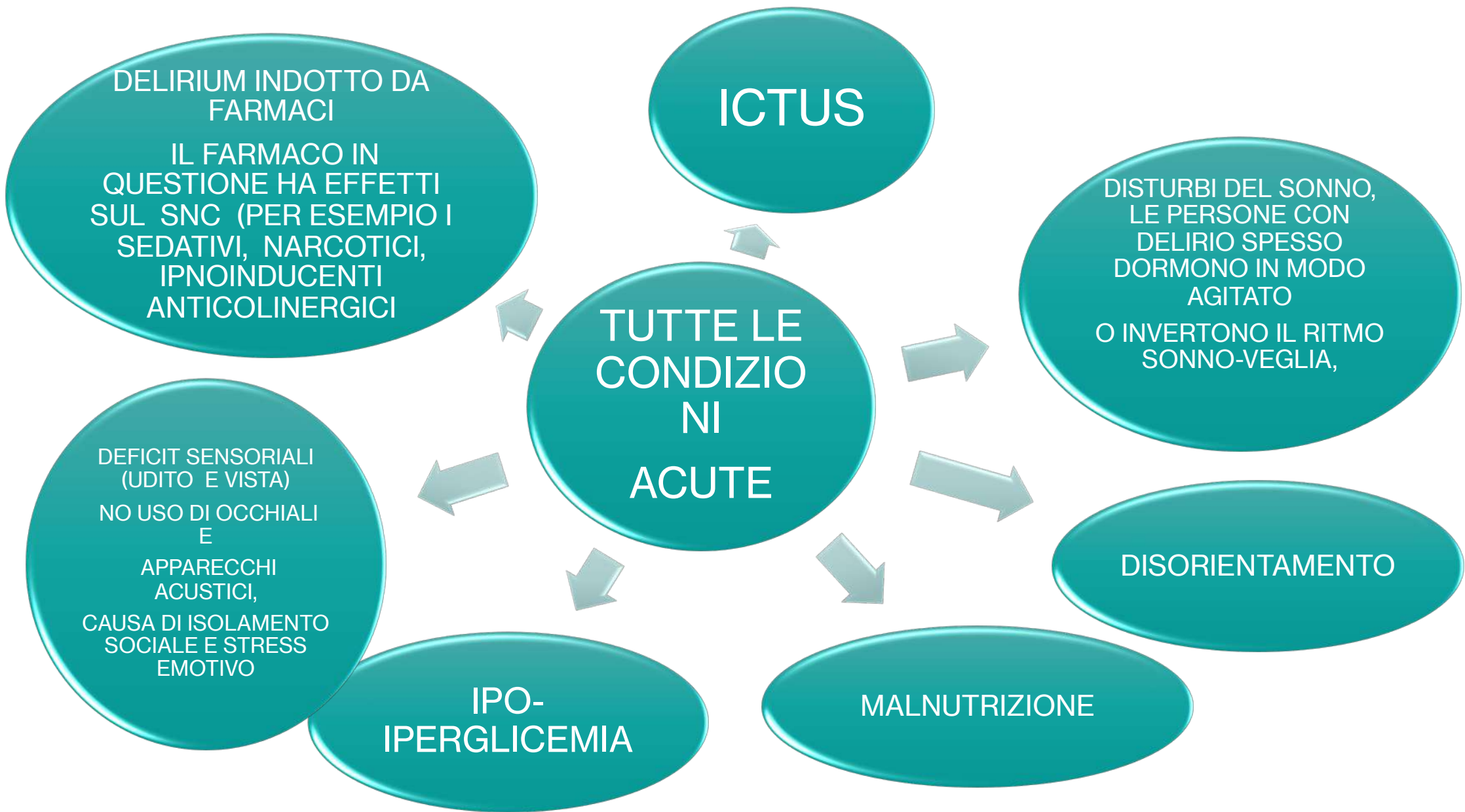
-IL DELIRIO HA UN ESORDIO IMPROVVISO, CAUSA FLUTTUAZIONI DELLA FUNZIONE MENTALE ED E' GENERALMENTE REVERSIBILE  
-COLPISCE ESSENZIALMENTE L'ATTENZIONE



-DEFICIT COGNITIVI, DEMENZA, INIZIA IN MODO GRADUALE, PROGREDISCE LENTAMENTE CON PERDITA DELLE FUNZIONI COGNITIVE PROGRESSIVA E PERMANENTE  
-RIGUARDA SOPRATTUTTO LA MEMORIA







# POSSIBILI STRATEGIE PER PREVENIRE E GESTIRE IL DELIRIUM :



RICONOSCIMENTO PRECOCE ED ELIMINAZIONE/CORREZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO



DIVERSI INTERVENTI NON FARMACOLOGICI POSSONO AVERE EFFETTI POSITIVI SULL'INCIDENZA DEL DELIRIUM, RIDUCENDO IL RISCHIO DI SVILUPPO DI QUESTA CONDIZIONE.



**FAVORIRE L'ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE, IL DISORIENTAMENTO TEMPORALE IMPROVVISO E SPESSO QUELLO SPAZIALE (RIGUARDO AL LUOGO IN CUI SI TROVANO), POSSONO ESSERE UN SEGNO PRECOCE DI DELIRIO**

# POSSIBILI STRATEGIE PER PREVENIRE E GESTIRE IL DELIRIUM :



**SE IL DELIRIO E' GRAVE PUO' AVERE CRISI DI IDENTITA' E NON SAPERE CHI E' O CHI SONO GLI ALTRI.**



**IL PENSIERO E' CONFUSO E IL PAZIENTE VANEGGIA, TALVOLTA DIVENENDO INCOERENTE.**



**ASSICURARE LA PRESENZA DI OGGETTI FAMILIARI NELLA STANZA**



**PROVVEDERE ALLA PRESENZA DI OROLOGI E CALENDARI IN MOSTRA**



**UTILIZZO DEI PRESIDI (OCCHIALI E APPARECCHI ACUSTICI) QUALORA NECESSARI, CHE POSSONO CORREGGERE I DEFICIT SENSORIALI E INCORAGGIARE LA COMUNICAZIONE**

# POSSIBILI STRATEGIE PER PREVENIRE E GESTIRE IL DELIRIUM :



**MANTENERE IL PAZIENTE “ATTIVO”, AD ESEMPIO CON PAROLE CROCIATE E ATTIVITA’ STIMOLANTI, MUSICA, TV.**



**MOBILIZZAZIONE PRECOCE**



**MANTENERE L’IDrataZIONE E ALIMENTAZIONE PER OS**

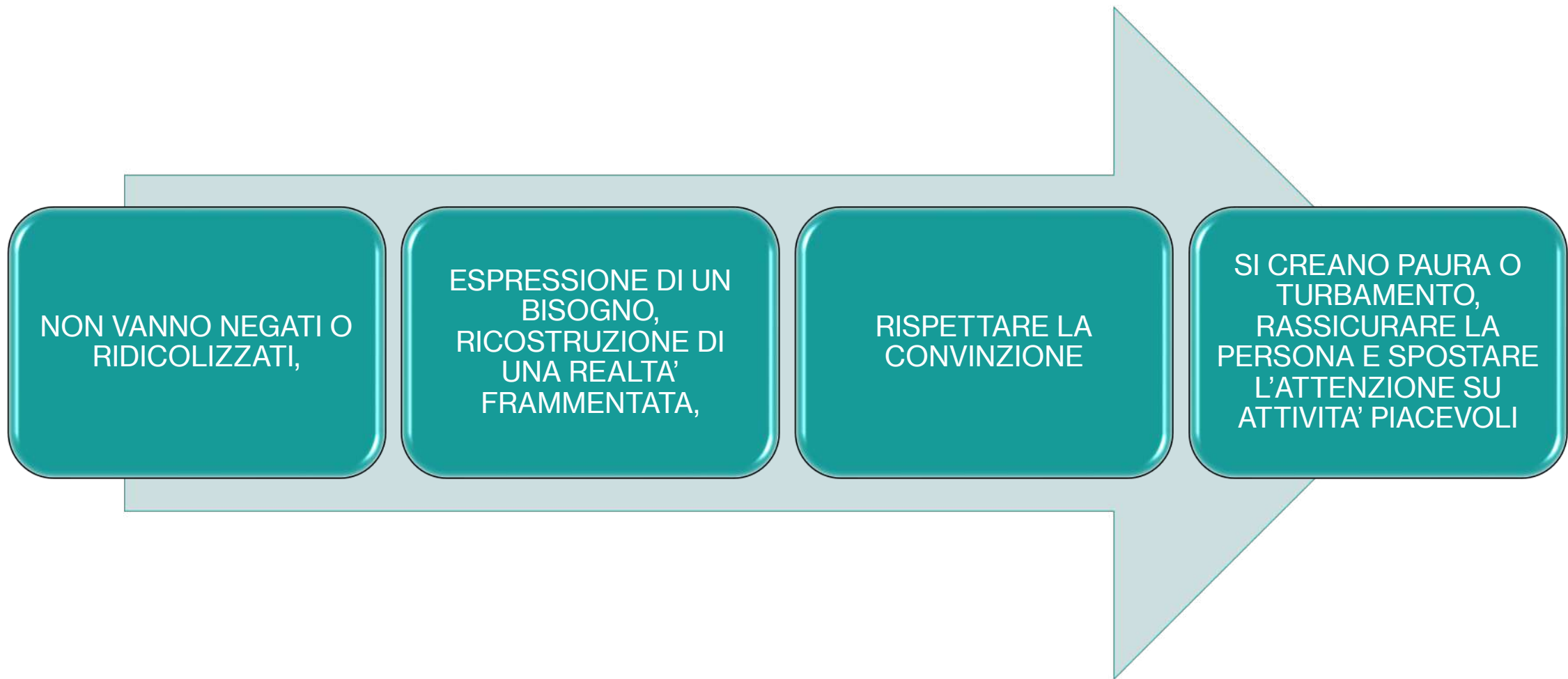


**MINIMIZZARE L’ISOLAMENTO SOCIALE E FAVORIRE CONTATTI CON MEMBRI DELLA FAMIGLIA**



**FACILITARE IL RITMO SONNO-VEGLIA, FAVORIRE IL SONNO TRAMITE LA RIDUZIONE DELLE LUCI AMBIENTALI , LUCE DEBOLE DI NOTTE, LE OMBRE CAUSANO ILLUSIONI.**

# I DELIRI E ALLUCINAZIONI, COME COMPORTARSI:





# I DELIRI E ALLUCINAZIONI, COME COMPORTARSI:

POSSIBILMENTE ASPETTARE CHE SI TRANQUILLIZZI CON I SUOI TEMPI



SE NON SONO DISTURBANTI, ASSECONDARE E NON CONTRADDIRE LA PERSONA



ALTRI SINTOMI SPESSO SI MODIFICANO IN POSCHI MINUTI E TENDONO A PEGGIORARE A FINE GIORNATA (FENOMENO DENOMINATO “LA SINDROME DEL TRAMONTO”)

IRREQUIETEZZA E  
IRRITABILITA':

```
graph TD; A[IRREQUIETEZZA E IRRITABILITA'] --> B[REAGIRE CON CALMA E TONO BASSO<br/>NON USARE PAROLE ECCESSIVE]; B --> C[ORGANIZZARE UN AMBIENTE SEMPLICE E<br/>SICURO E CON POCHI STIMOLI]; C --> D[LASCIARE CHE SI ESPRIMA SENZA<br/>INTERROMPERLO]; D --> E[NON PORRE RICHIESTE CHE IN<br/>QUEL MOMENTO NON<br/>VERREBBERO COLTE];
```

REAGIRE CON CALMA E TONO BASSO  
NON USARE PAROLE ECCESSIVE

ORGANIZZARE UN AMBIENTE SEMPLICE E  
SICURO E CON POCHI STIMOLI

LASCIARE CHE SI ESPRIMA SENZA  
INTERROMPERLO

NON PORRE RICHIESTE CHE IN  
QUEL MOMENTO NON  
VERREBBERO COLTE

# IL RUOLO DELL' INFERMIERE NEL CDCD



IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL CDCD, INIZIA CON LA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE, TRAMITE CHIAMATA TELEFONICA CON LA PRENOTAZIONE DA PARTE DEL CAREGIVER.



L'AMBULATORIO PREVEDE LA PRESENZA DEL:

MEDICO GERIATRA  
INFERMIERE  
NEUROPSICOLOGO SE NECESSARIO

# **I DUE INFERMIERI PRESENTI, SI ALTERNANO IN COMPRESENZA ALLA VISITA MEDICA CDCD E AL PUNTO D'ASCOLTO**



- Punto di ascolto: Spazio autonomo dedicato a:
  - Accogliere e filtrare le richieste di consulenza per il medico geriatra, mettendo in contatto il familiare con il medico;
  - Si forniscono informazioni sul servizio e supporto informale utile alla gestione dell'utente, in situazione di vita quotidiana;
  - Favorisce il processo di adattamento alla malattia da parte del familiare/caregiver;
  - Accoglienza diretta dell'utenza per il ritiro dei piani terapeutici e referti;
  - Annulla, su richiesta, visite prenotate.



# PREPARAZIONE CONTROLLI E SEDUTE:

- Visionare le cartelle dei pazienti dove si evidenziano le ultime prescrizioni;
- Visite, esami ed ECG da ricordare ai caregiver onde evitare che il controllo risulti inutile al fine del rinnovo del piano terapeutico;
- Contatto con i familiari per gli appuntamenti delle prossime visite o appuntamento prima visita;
- Viene spiegata la modalità e l'esecuzione della prima visita: 50/60 minuti;

# COSA PORTARE?

IN VISIONE I REFERTI VARI ED EVENTUALI DI VISITE SPECIALISTICHE (TAC/RISONANZE CEREBRALI, ECO, VIS. NEUROLOGICA, VIS CARDIOLOGICA, ESAMI EMATICI)

-SE IN USO OCCHIALI E APPARECCHI ACUSTICI

-SI RICHIEDE DURANTE LA VISITA,LA PRESENZA DI UN FAMILIARE

ALL'INTERNO DEL CONTATTO TELEFONICO, SI FA UN COLLOQUIO PRELIMINARE PER CAPIRE I REALI BISOGNI DELL'UTENTE, VALUTANDO I CRITERI DI APPROPRIATEZZA CLINICA DELL'INVIO.



# SONO INCLUSI NEL PERCORSO PERSONE CON:

SOSPETTO  
DETERIORAMEN  
TO COGNITIVO,

CON  
DISTURBO  
SOGGETTIVO,

CON DIAGNOSI  
DI DEMENZA

SI RICORDA INOLTRE  
CHE IL PERCORSO  
**NON E'** RIVOLTO ALLE  
PERSONE CON  
NECESSITA' DI  
VALUTAZIONE AI SOLI  
FINI CERTIFICATIVI DI  
INVALIDITA' CIVILE.

# AL MOMENTO DELLA VISITA:



Accoglienza e spiegazione di quanto si andrà ad espletare e compilazione del modulo per il consenso al trattamento dei dati sensibili;



Colloquio preliminare per individuare eventuali problemi comportamentali;



Supporto al Medico nell'esecuzione dei test:

Mini Mental State Examination ed eventuale integrazione con il test dell'orologio

Schede valutazione ADL e IADL ( valutazione funzionale )



## **AL MOMENTO DELLA VISITA:**

- L'infermiere qualora lo ritenga necessario, può richiedere al geriatra, la possibilità di attivazione di un colloquio psicologico per il caregiver;
- In base alle problematiche riscontrate l'infermiere e il medico valutano e si orientano sui servizi da attivare.
- L'infermiere rimane la figura di riferimento per i caregiver per supporto e counselling con un punto di ascolto dedicato;
- Valuta il bisogno espresso e non espresso dell'utente e del caregiver;
- Suggerisce il coinvolgimento di altre figure professionali.

## **QUALI VISITE VENGONO EFFETTUATE:**



Prime visite della durata di circa 1 h;



Visite di controllo della durata di circa 30 minuti;



Punto di Ascolto

# PRIMA VISITA COSA OCCORRE?



Richiesta dell' MMG riportante la dicitura **“VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA D'EQUIPE “, COD 89.07**



Quesito diagnostico: **“DETERIORAMENTO COGNITIVO” OPPURE “DEFICIT COGNITIVO”**



**Visite ed esami effettuate in precedenza.**



**N.B. Per chi è già stato preso in carico dall'ambulatorio CDCD ed ha iniziato il percorso di cura, la visita di controllo viene prenotata dal medico geriatra e non occorre la richiesta del MMG.**

# **TAKE HOME MESSAGE: ASPETTI COMPORTAMENTALI**

- IMPATTO CON LA MALATTIA PUO' RICHIEDERE DI CAMBIARE GLI OBIETTIVI DELLE NOSTRE VITE

- GLI ASPETTI COMPORTAMENTALI POSSONO AUMENTARE IL CARICO ASSISTENZIALE DELLA FAMIGLIA

- SONO SPESSO SCATENATI DA CAMBIAMENTI AMBIENTALI

- RICONOSCERE E PREVENIRE QUESTI ASPETTI PUO' MIGLIORARE LA VITA DEL NOSTRO CARO



# **PER SOSTENERE UNA PERSONA CON DEMENZA E' IMPORTANTE CONSIDERARE :**

**L'INTENSITA' DEL DANNO ORGANICO E NEUROLOGICO**

**- LE COMPETENZE FISICHE E FUNZIONALI RESIDUE**

**- LA STORIA DI VITA DELLA PERSONA**

**- IL SUO CARATTERE E LA SUA PERSONALITA'**

**- IL CONTESTO RELAZIONALE IN CUI VIVE**

LE DIFFICOLTA' DI GESTIONE DEL MALATO  
CREANO UNA DIMINUZIONE DELLA QUALITA'  
DI VITA DEI FAMILIARI A CAUSA DEL CARICO  
ASSISTENZIALE SEMPRE PIU' GRAVOSO.

IL CAREGIVER E' COLUI CHE SI PRENDE CURA  
DI UNA PERSONA CHE NECESSITA DI UN  
SUPPORTO A LUNGA DURATA NELLE  
FUNZIONI DI VITA QUOTIDIANA

# L'infermiere:

- Fornisce supporto ai caregiver sulla malattia, sul decorso e le problematiche ricorrenti;
- Insegna delle strategie di Coping (strategie di adattamento) per gestire in modo efficace ed efficiente i deficit funzionali, cognitivi ma soprattutto comportamentali del familiare assistito;
- Fornisce strategie comunicative in modo da favorire un'adeguata comunicazione con esso;
- L'infermiere assume un ruolo educativo e di counselling per prevenire e ridurre il carico del caregiver, migliorando non solo la qualità di vita di quest'ultimo ma anche il rapporto con il familiare stesso.

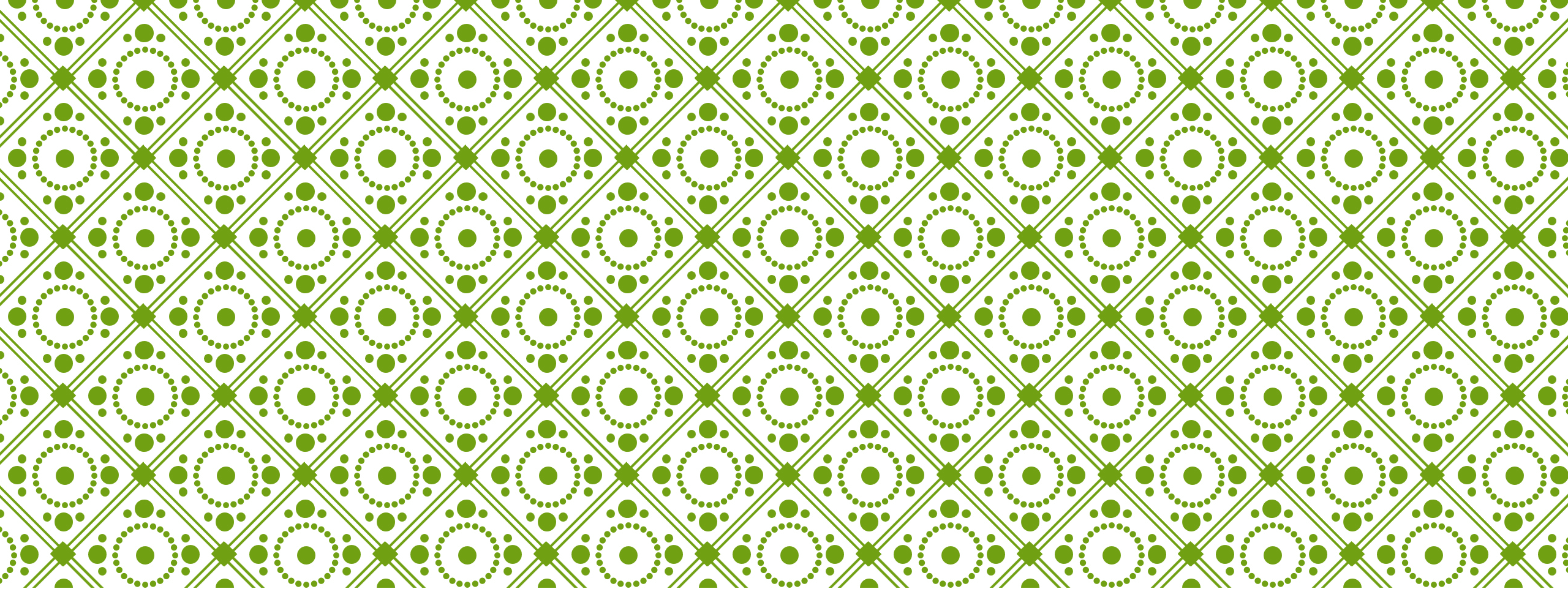


# GRAZIE DELL'ATTENZIONE.

Quando curi una malattia  
puoi vincere o perdere...  
Quando ti prendi cura  
di una persona, vinci sempre!  
Patch Adams



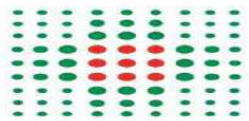
# *La rete dei servizi socioassistenziali a favore delle persone con demenza*



# LA RETE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI A FAVORE DELLE PERSONE CON DEMENZA

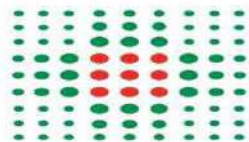
D.ssa Ciarrocchi RosaAngela  
D.ssa Mantovani Eleonora





# SOMMARIO

- Premessa di contesto
- L'accesso e la rete dei servizi socio-assistenziali
- L'assistenza alle persone con demenza
- FOCUS: I progetti di supporto al caregiver



# Premessa di contesto: l'Azienda USL di Bologna

**Territorio:** 3000

Km<sup>2</sup> circa

**Abitanti:** 1.019.539

(ultimo censimento del

31.12.2020)

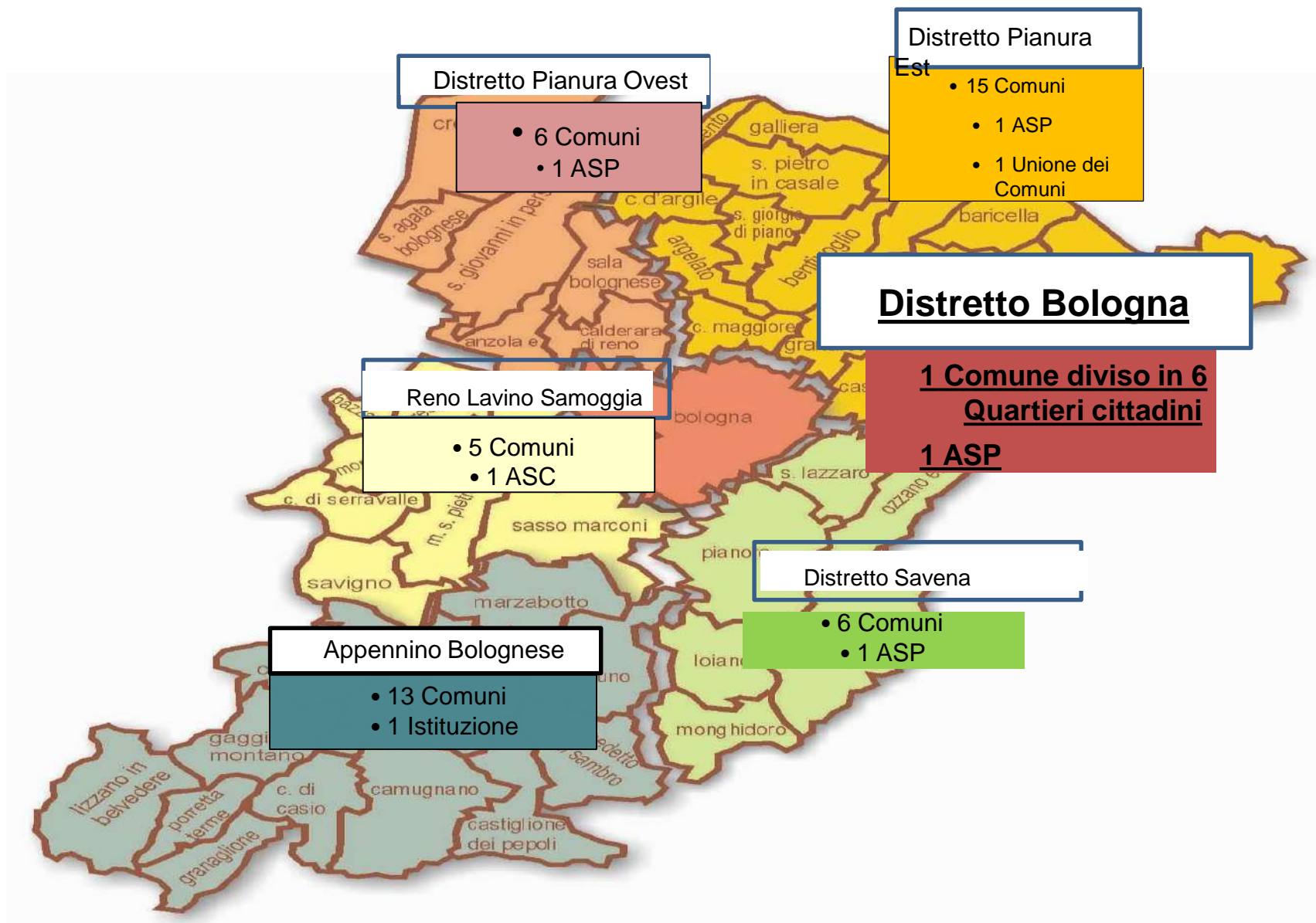
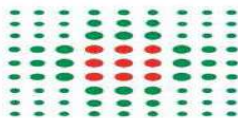
**Distretti:** 6

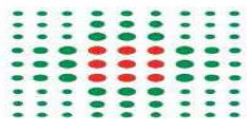
**Comuni:** 46



Azienda USL di Bologna

- Distretto Città di Bologna
- Distretto Reno, Lavino e Samoggia
- Distretto Appennino bolognese
- Distretto Savena Idice
- Distretto Pianura Est
- Distretto Pianura Ovest





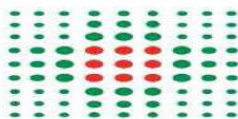
# Gli attori istituzionali nel territorio di Bologna



## L'integrazione socio sanitaria:

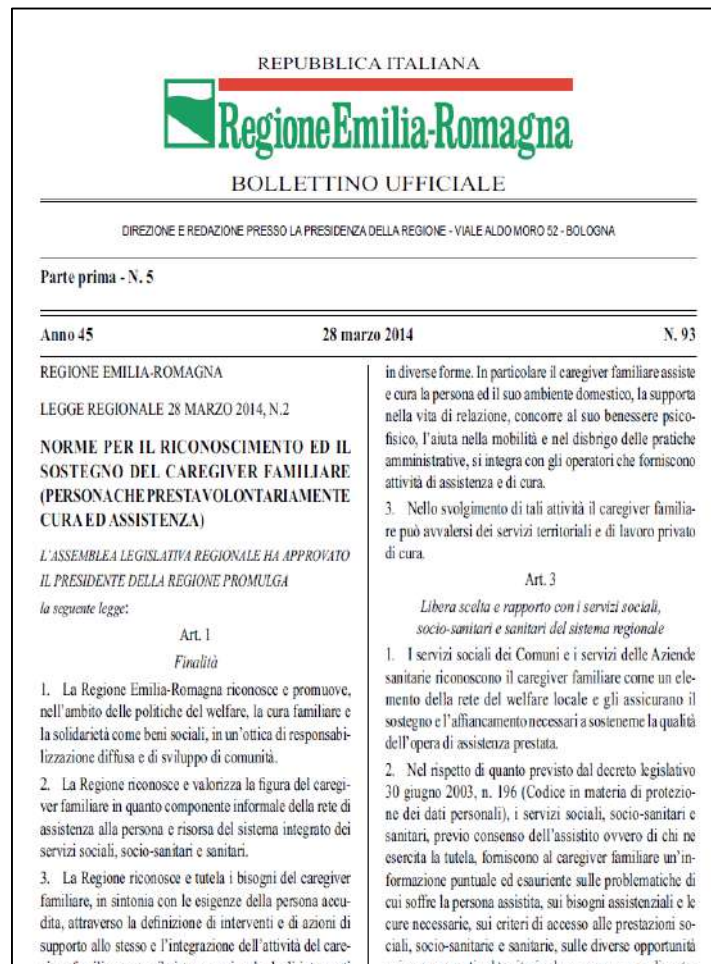
risponde alla necessità di organizzare risposte ed interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita...



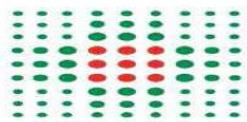


## La Legge regionale 2/2014

### Una legge innovativa a livello nazionale



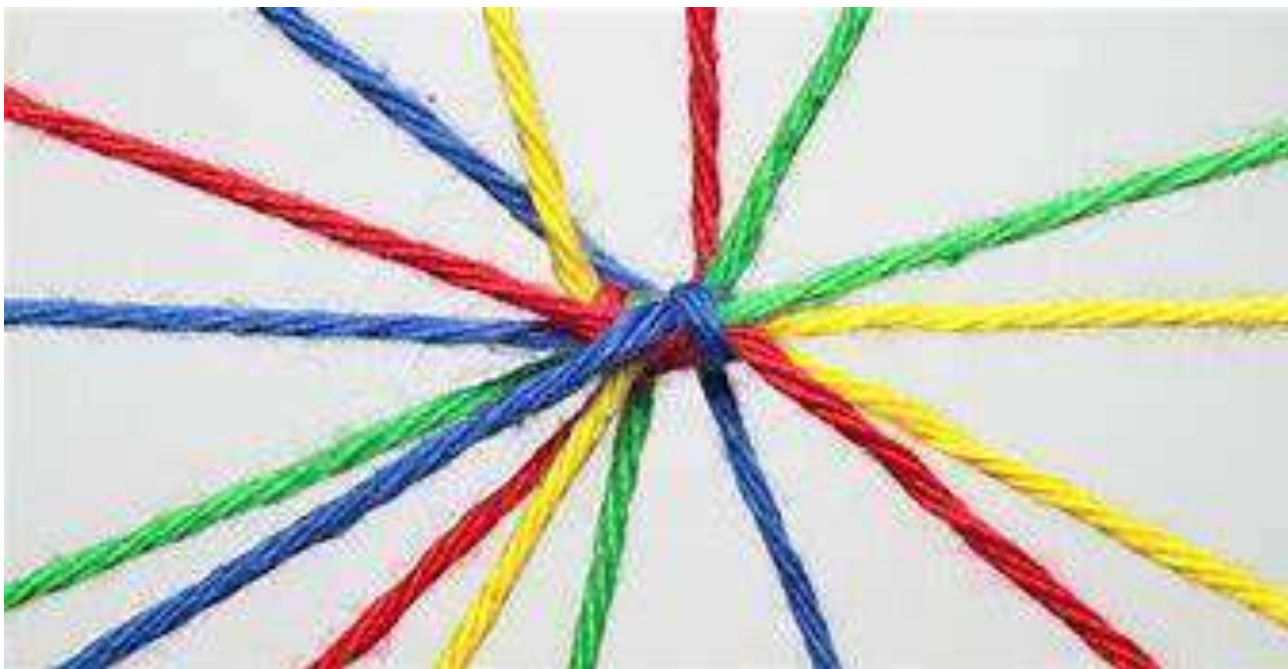
- Definisce e riconosce il *caregiver* familiare
- Afferma la libera scelta del *caregiver*
- Richiama il **rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari regionali;**
- Elenca gli **interventi a favore del caregiver familiare da parte della Regione, delle AUSL e dei Comuni, con la partecipazione del Terzo Settore;**
- Prevede una rete di sostegno al *caregiver*
- Richiama la possibilità di riconoscimento delle competenze acquisite nel lavoro di cura;
- Prevede azioni di sensibilizzazione e partecipazione.



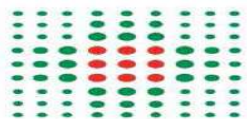
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

# LA RETE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI: accesso e principali riferimenti







# LA RETE DEGLI SPORTELLI SOCIALI



Le persone con demenza e i loro caregiver possono fare riferimento a una **rete capillare di sportelli** presenti sul territorio regionale e più nello specifico di Bologna e provincia.

**L'accesso alla rete dei servizi avviene attraverso lo Sportello sociale, gestito dai Comuni in ogni ambito distrettuale.**

Gli sportelli sociali forniscono informazioni sui servizi sociali e socio-sanitari presenti nel territorio e su procedure e modalità per accedervi, con l'obiettivo di fornire ai cittadini informazioni complete in merito ai diritti, prestazioni, modalità di accesso ai servizi e far conoscere le risorse e le opportunità disponibili nel territorio in cui vivono.

Dopo il primo contatto/accesso, in cui viene effettuata una prima lettura dei bisogni e individuata l'eventuale necessità di presa in carico, viene avviata la valutazione multidimensionale i cui risultati confluiscono nel progetto personalizzato. Il progetto personalizzato è lo strumento nel quale i professionisti dell'equipe pianificano l'intervento con l'assistito e il suo caregiver familiare, definendo gli obiettivi da raggiungere, gli interventi da attivare, le risorse disponibili, i soggetti da coinvolgere, tempi e modalità di verific

## Sportelli sociali dei sei Quartieri: sedi ed orari di apertura al pubblico

Punto unico telefonico: per informazioni (cittadini non in carico ai servizi sociali): 051 2197878 o anche tramite email

[sportellosocialebologna@comune.bologna.it](mailto:sportellosocialebologna@comune.bologna.it)

Quartiere Borgo Panigale – Reno:

Telefono [+390512197608](tel:+390512197608)

Email [serviziosocialeborgopanigalereno@comune.bologna.it](mailto:serviziosocialeborgopanigalereno@comune.bologna.it)

Indirizzo

Via Marco Emilio Lepido 25/3, Bologna

Quartiere Navile:

Telefono [+390512197213](tel:+390512197213)

Email [serviziosocialenavile@comune.bologna.it](mailto:serviziosocialenavile@comune.bologna.it)

Indirizzo

Via di Saliceto 5, Bologna

Quartiere Porto - Saragozza

Telefono [+390512197894](tel:+390512197894)

Email [serviziosocialeportosaragozza@comune.bologna.it](mailto:serviziosocialeportosaragozza@comune.bologna.it)

Indirizzo

Via della Grada, 2/2, Bologna

Quartiere San Donato - San Vitale

[+390512196370](tel:+390512196370)

Email

[serviziosocialesandonatosanvitale@comune.bologna.it](mailto:serviziosocialesandonatosanvitale@comune.bologna.it)

Indirizzo

Via Anna Grassetti 4, Bologna

Quartiere Santo Stefano

Telefono [051-2197048](tel:051-2197048)

Email

[serviziosocialesantostefano@comune.bologna.it](mailto:serviziosocialesantostefano@comune.bologna.it)

Indirizzo

Via Santo Stefano 119, Bologna

Quartiere Savena

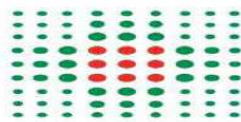
[+390512197481](tel:+390512197481)

Email

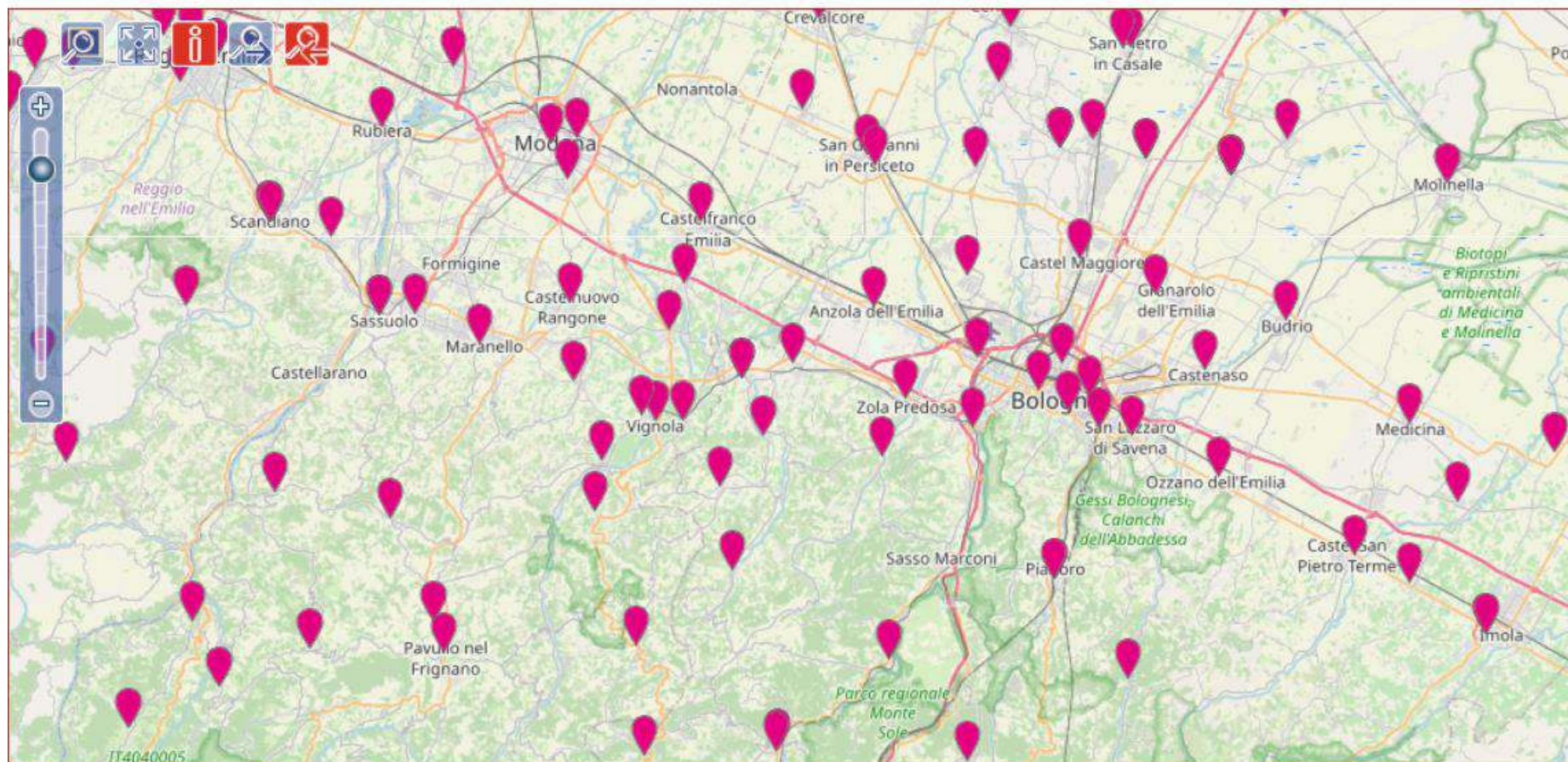
[serviziosocialesavena@comune.bologna.it](mailto:serviziosocialesavena@comune.bologna.it)

Indirizzo

via Lombardia 36, Bologna



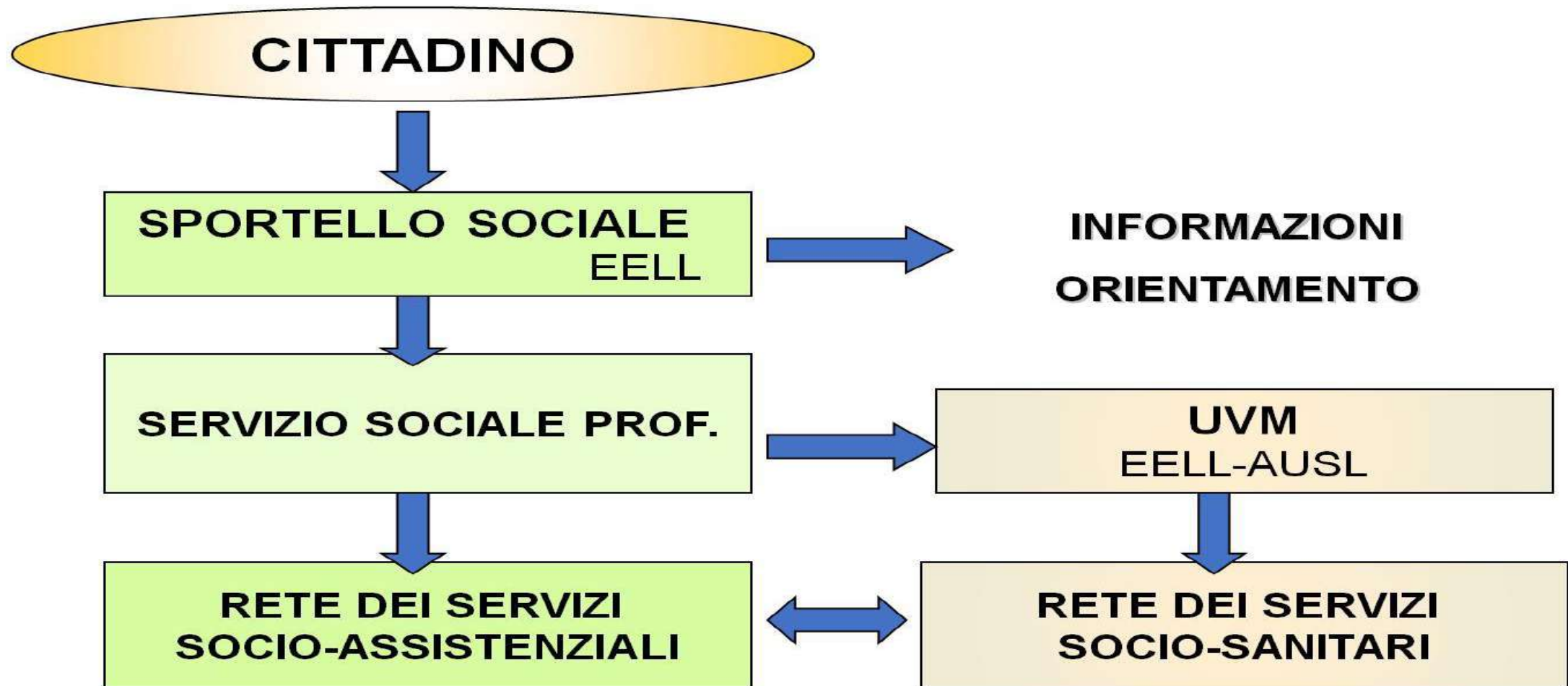
## La rete degli sportelli territoriali Sociale



[https://www.servizi.regione.emilia-romagna.it/sportelliinrete\\_consultazione](https://www.servizi.regione.emilia-romagna.it/sportelliinrete_consultazione)



**IL SISTEMA DI ACCESSO  
ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**



# LA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

**U.V.M.**

**Responsabile del caso**

**PIANO INDIVIDUALIZZATO  
DI VITA E DI CURE**

**ASSDI**

Ass. Dom. Socio-Assistenziale  
Ass. Dom. Socio-Educativa  
Pasti  
Trasporti  
Adattamento Domestico  
Sostegno Psicologico

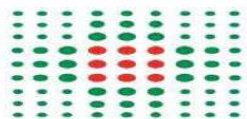
**Centro  
Socio-Riabilitativo  
Diurno Disabili**

**Centro  
Socio-Riabilitativo  
Residenziale  
Disabili**

**Centri Diurni  
Anziani**

**Casa Residenza  
Anziani  
(ex CP-RSA)**

**Assegno di cura  
e  
Contr. Aggiuntivo**



# L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DEMENZA

Per l'assistenza alle persone con Alzheimer e altre forme di demenza e alle loro famiglie sono attivi specifici **"Centri per i disturbi cognitivi e demenze"- CDCD**, a cui si accede con prescrizione del proprio medico di famiglia o di altro specialista.

I CDCD sono distribuiti sull'intero territorio aziendale e sono costituiti da équipe multiprofessionale.

- ☐ Effettuano la valutazione complessiva dei disturbi della sfera cognitiva, del comportamento e dello stato psico-affettivo e funzionale, garantendo una diagnosi tempestiva;
- ☐ Prescrizione di terapia farmacologica ed informazioni sui trattamenti non farmacologici ritenuti più efficaci;
- ☐ Interventi di supporto psicologico e sociale sia per i malati che per i familiari;
- ☐ Coordinano l'attivazione e forniscono consulenze ai Servizi Assistenza Anziani (di norma del Comune) collaborando anche alla realizzazione di programmi informativi, formativi e di sostegno ;
- ☐ Indirizzano i familiari a specifici punti / centri di ascolto gestiti da associazioni di volontariato.

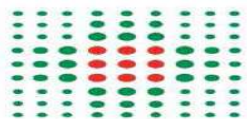
Nel CDCD è presente anche un Punto di Ascolto infermieristico che fornisce informazioni e counseling di primo livello sulla sua gestione al domicilio.

E' il medico di famiglia o altro specialista che valuta la necessità di rivolgersi a un Centro per i disturbi cognitivi e demenze. **E' necessario rivolgersi sempre al proprio medico di famiglia per l'accesso (con ricetta di prescrizione specialistica).**



<https://guidaservizi.fascicolo-sanitario.it/dettaglio/prestazione/3154720>





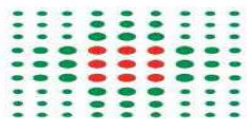
L'AUSL di Bologna ha elaborato un opuscolo informativo in cui vengono brevemente descritte le fasi del percorso di cura.

- I. IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/SPECIALISTA
- II. I CENTRI DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE
- III. I SERVIZI SOCIO-SANITARI E ASSISTENZIALI TERRITORIALI

Durante tutto il percorso Il MMG rimane il referente per la gestione complessiva della persona in raccordo con il CDCE che si occupa della cura rispetto al disturbo cognitivo



<https://www.ausl.bologna.it/cit/percorsi-per-patologia/pdta-demenze/il-percorso-del-paziente-affetto-da-demenza>



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

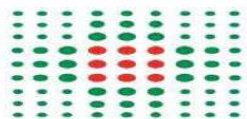
E' stato redatto un volume che contiene l'offerta complessiva dei servizi sanitari dedicati alla demenza presenti nell'area metropolitana bolognese. Nello specifico vengono fornite indicazioni e richiamati alcuni snodi fondamentali:

1. **I CDCD** sul territorio, i contatti e la modalità di accesso per ogni singolo Centro;
2. **L'IMPORTANZA DEL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE**: Si occupa degli aspetti socio-assistenziali del cittadino ed è presente in ciascun Quartiere e Comune. Attraverso il Servizio Sociale Territoriale è possibile attivare l'Unità di Valutazione Multidimensionale, che avvia la presa in carico del paziente e, laddove necessario, del nucleo familiare, con un accesso mirato e personalizzato alla rete dei servizi come l'assistenza domiciliare, l'assegno di cura, l'inserimento in Centro Diurno o in Strutture Residenziali.
3. **IL RUOLO DEL CAREGIVER** : Nella presa in carico di un anziano con decadimento cognitivo la tenuta della rete interna, la famiglia, è molto difficile e, dal punto di vista emozionale, può dare luogo a una delega implicita da parte di alcuni membri del gruppo ad altri che, più o meno inconsapevolmente, la accettano. Può diventare necessario pertanto per il caregiver farsi accompagnare e aiutare in questo delicato percorso : questo aiuto può assumere forme diverse, dal sostegno psicologico specializzato individuale o di gruppo, ai gruppi di auto mutuo aiuto, dai gruppi psicoeducazionali a interventi per sollevare il familiare dal carico dell'assistenza nel tempo e nello spazio

**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



<https://www.ausl.bologna.it/cit/dem/i-centri-per-i-disturbi-cognitivi-e-demenze-volume-aggiornato.pdf>



## I servizi e opportunità

Attraverso il percorso diagnostico terapeutico assistenziale dedicato, le persone con demenza e i loro familiari e/o caregiver hanno accesso ad opportunità e servizi nel proprio territorio.

### **Gruppi di sostegno ed auto-aiuto**

il confronto con persone che vivono la stessa condizione, per scambiare competenze acquisite dall'esperienza e per allacciare nuove amicizie e uscire dall'isolamento

### **Caffè Alzheimer e Centri d'incontro**

contesti amichevoli e inclusivi dove le persone con demenza e i caregiver possono trovare risposte su varie problematiche con l'aiuto di professionisti e volontari, compresa la possibilità di usufruire di interventi di stimolazione cognitiva e/o terapia occupazionale

### **Consulenze di professionisti di tipo medico-psicologico, assistenziale ecc**

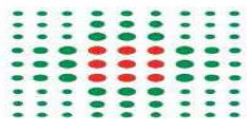
ad esempio per l'attivazione dell'amministratore di sostegno o per gestire il patrimonio quando il proprio caro non è più in grado di prendere decisioni

### **corsi di informazione e formazione dedicati alle problematiche più comuni e alla sensibilizzazione**

Ad esempio il caregiver può imparare che spesso i disturbi del comportamento hanno cause esterne (condizioni di disagio quali dolore, bisogni insoddisfatti, problemi di comunicazione, difficoltà relazionali, inattività prolungata) e possono essere prevenuti e gestiti

### **Servizi residenziali e semi residenziali**

Centri diurni accreditati e Case residenza per anziani non autosufficienti accreditate



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## I Gruppi di Auto Mutuo Aiuto nell'area metropolitana dell'Azienda USL di Bologna

I gruppi dedicati ai malati e ai caregiver sono alla voce  
"Deterioramento cognitivo" (pagine 4 e 5)

L'Auto Mutuo Aiuto (A.M.A.) si propone di mettere in contatto persone che condividono lo stesso problema, **facilitando dialogo, scambio vicendevole, confronto.**

L' Auto Mutuo Aiuto si fonda sulla convinzione che il gruppo racchiuda in sé la potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri.

I gruppi coinvolti sono attualmente più di cento e riguardano varie aree tematiche, tra cui alcune di rilievo per le persone con demenza ed i loro familiari quali

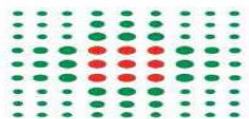
- ❖ Deterioramento cognitivo;
- ❖ Problematiche di salute;
- ❖ Disagio psichico;
- ❖ Esperienze del lutto

Vi confluiscono esperienze con storie diverse, non riconducibili ad un'unica metodologia, ma accomunati dal valore dato alla messa in rete delle risorse di ciascuno e dall'assunzione di responsabilità nell'affrontare con altri la propria situazione di disagio



*PER INFORMAZIONI  
Puoi contattare la Segreteria  
Facilitante al 349.234.6598  
dal Lunedì al Venerdì  
Sede: viale Pepoli 5 - Bologna;  
Telefono: 051/658.4267 oppure  
all'indirizzo di posta elettronica  
[gruppi.ama@ausl.bologna.it](mailto:gruppi.ama@ausl.bologna.it)*





## I Caffé Alzheimer

I Caffé Alzheimer sono luoghi dedicati alle persone con disturbi di memoria o deterioramento cognitivo e ai loro caregiver (parenti, amici o assistenti familiari), dove ci si incontra e si condivide la propria esperienza.

Tutti gli incontri dei Caffé Alzheimer iniziano con un momento di accoglienza in cui, a ogni partecipante, viene offerto il caffè o un'altra bevanda di suo gradimento.

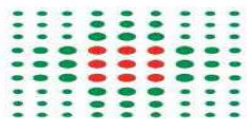
Dopo si fanno **attività di socializzazione, ludiche ed espressive**, alternate ad **attività di stimolazione della memoria**, a seconda degli interessi e dei bisogni del gruppo.

Se sei un/una familiare o un/una caregiver di una persona con disturbi della memoria, potrai **assistere alle attività** del Caffé Alzheimer insieme al tuo caro e **partecipare agli incontri di confronto e aiuto reciproco** insieme ad altri caregiver.

## Chi può partecipare

- Residenti con disturbi della memoria o deterioramento cognitivo
- Familiari, caregiver o assistenti familiari
- Tutte le persone interessate a conoscere l'attività dei Caffé Alzheimer (studenti universitari, frequentatori dei centri sociali o delle parrocchie dove si organizzano i Caffé Alzheimer, ecc.)



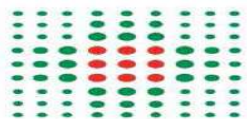


## Caffè Alzheimer nel territorio del Distretto Città di Bologna e nei territori della provincia di Bologna

Pro g.	I Caffè di Bologna	Associazione/Ente erogatore
1	Caffè sulla Luna - via degli Orti 60 presso la Casa di quartiere Lunetta Gamberini	ARAD
2	Caffè Noi al Centro - via di Saliceto 3/21 presso il centro Montanari	ARAD
3	Caffè Nontiscordardime - viale Cavina 4 presso il circolo Arci Benassi	ARAD
4	Caffè Portobello - via Lodovico Berti 2/10 presso la Casa di Quartiere Saffi	ASP Città di Bologna
5	Par tot Café - via Emilia Ponente 131 presso il centro sociale Santa Viola	ASP Città di Bologna
6	Vit...alè Caffè - via Sante Vincenzi 50 presso il centro sociale Scipione dal Ferro	ASP Città di Bologna
7	Un invito fuori casa - via Mazzini 65 presso la parrocchia degli Alemanni	Non Perdiamo la Testa
8	Un invito fuori casa - via Martiri di Monte Sole 10 presso la parrocchia del Buon Pastore	Non Perdiamo la Testa

I Caffè nella provincia di Bologna	Associazione/Ente erogatore
<b>Distretto Pianura Est : 7 Alzheimer Caffè presenti a San Pietro in Casale, Castel Maggiore, Castello d'Argile, Bentivoglio, Castenaso, Budrio e Molinella.</b>	
○ L' Amarcord al Caffè di San Pietro in Casale, Circolo Giovanni XXIII - Piazza Calori 2 – San Pietro in Casale	A.M.A. Amarcord di San Pietro in Casale
○ Auto Mutuo Aiuto "Amarcord" , Via Giacomo Matteotti, 158, Castello d'Argile	A.M.A. Amarcord di Castello d'Argile
<b>Distretto Savena Idice: servizio realizzato in collaborazione con il Centro sociale anziani ricreativo culturale Fiorenzo Malpensa e l'Arad .</b>	
○ Caffè Amascord - via Jussi 20E San Lazzaro di Savena - Bologna, presso il centro sociale Malpensa	ARAD
<b>Distretto Reno Lavino Samoggia: iniziative gratuita che si svolge a Casalecchio di Reno ma rivolta a chiunque è residente nei Comuni dell'Unione Reno Lavino Samoggia.</b>	
○ Caffè San Biagio di Casalecchio, Centro Diurno "San Biagio" Via Della Resistenza, 40 - S.Biagio Casalecchio Di Reno (Bo)	CADIAI, ASC Insieme
<b>Distretto Pianura Ovest</b>	
○ Calderara caffè a Calderara di Reno, Centro diurno per anziani in via Gramsci n. 51	Comune e ASP Seneca
○ Seneca Caffè di Crevalcore, Centro diurno per anziani in via Trombelli, 63	Comune e ASP Seneca
○ Caffè delle stagioni a San Giovanni in Persiceto, Centro sociale La stalla in via Carbonara, 41/a	Centro La Stalla e Auser Bologna in collaborazione con Unione Terre D'Acqua



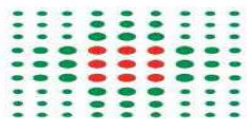


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

# FOCUS: I progetti di supporto al Caregiver



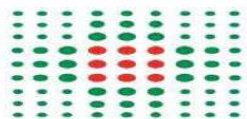


# I SERVIZI DEDICATI AI CAREGIVER AZIENDA USL DI BOLOGNA E COMUNI DEL TERRITORIO

L'Azienda USL di Bologna e i Servizi Sociali dei Comuni seguono e sostengono con grande interesse il lavoro di cura prestato dai caregiver familiari sin dal 2014 quando è stata approvata la Legge Regionale 2/2014 "Norme per il riconoscimento dei caregiver familiari".

Grazie alla costante collaborazione tra l'AUSL, i Servizi Sociali, volontariato, terzo settore e reti informali di cittadini, hanno preso avvio **diverse forme di sostegno e supporto** ai caregiver familiari, quali:

- ▣ Interventi ***informativi, formativi e di orientamento;***
- ▣ Interventi di ***sollevio*** e supporto pratico, sia di tipo ***domiciliare***, che di tipo ***semi-residenziale e residenziale;***
- ▣ ***Supporto psicologico, psicofisico e relazionale;***
- ▣ Altri interventi a carattere sperimentale, anche per rispondere a situazioni emergenziali

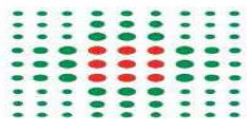


# GLI OBIETTIVI DEGLI INTERVENTI RIVOLTI AI CAREGIVER FAMILIARI

L'attivazione degli interventi riportati mira a:

- sostenere i caregiver più gravati dal compito di cura, con azioni che ne ***alleggeriscano il costante carico assistenziale*** ;
- affiancare in maniera calibrata ***diversi sostegni*** cominciando da quelli più specificamente assistenziali per giungere a quelli a carattere socio-psicologico (gruppi per caregiver, sostegno psicologico);
- promuovere azioni finalizzate alla ***prevenzione e al contenimento del rischio di isolamento sociale***, stress intenso e sovraffaticamento.

La cura familiare e la solidarietà sono beni sociali da riconoscere e promuovere nell'ambito della comunità e delle politiche di welfare ed il Caregiver svolge un ruolo importantissimo



## Le linee di intervento

### Interventi informativi, formativi e di orientamento

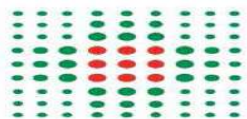
- Punti Unici Caregiver
- Eventi pubblici di presentazione/informazione
- Incontri con Associazioni del Territorio
- Percorsi formativi per Assistenti Familiari e Caregiver

### Interventi di supporto psicologico e relazionale

- Colloqui individuali e/o di gruppo per caregiver
- Percorsi di accompagnamento e orientamento per i caregiver

### Interventi di supporto e sollievo pratico

- Interventi di sollievo residenziale
- Interventi di sollievo semi residenziale (Centri Diurni)
- Interventi di sollievo programmato al domicilio (assistenza domiciliare)



# I PROGETTI DI SUPPORTO PSICOLOGICO AL CAREGIVER DELLE ASSOCIAZIONI DEL TERRITORIO

## Progetti di gruppo di supporto psicologico:

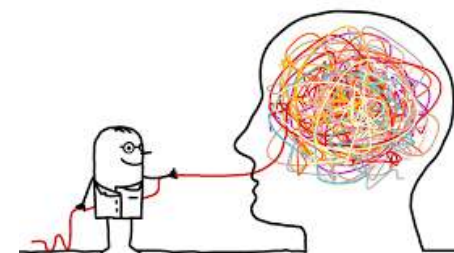
realizzazione di gruppi dedicati condotti da psicologi e psicoterapeuti formati.

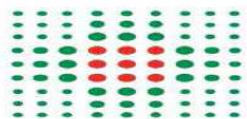
## Progetti di orientamento e consulenza psicologica individuale:

realizzazione di circa incontri individuali con psicologo/psicoterapeuta dedicato

In generale le **tematiche** di rilievo trattate in sede di consulenza individuale o nel gruppo riguardano:

- ✓ La consapevolezza del ruolo ed il carico fisico ed emotivo del caregiving
- ✓ La gestione dello stress e delle emozioni
- ✓ La relazione e le strategie con la persona malata
- ✓ La rete dei servizi territoriali, l'accesso e segretariato sociale





# I PROGETTI PER IL BENESSERE PSICOFISICO DEL CAREGIVER DELLE ASSOCIAZIONI DEL TERRITORIO

## **Attività e gruppi di supporto al benessere psicofisico del caregiver:**

realizzazione di gruppi con circa 10 caregiver partecipanti e di circa 10 incontri per anno. Le attività principali riguardano pratiche e tecniche corporee validate a livello scientifico e utili per sostenere il benessere psico-fisico delle persone coinvolte.

Le **principali attività** proposte dagli operatori dedicati e formati delle singole Associazioni sono:

- ✓ Attività di Yoga (Hatha Yoga e Nada Yoga)
- ✓ Attività di Mindfulness
- ✓ Tecniche di rilassamento,
- ✓ Tecniche di meditazione
- ✓ Tecniche di respirazione
- ✓ Attività di Nordic Walking ecc
- ✓ Ginnastica morbida e pratiche di pilates
- ✓ Tangoterapia





PROGETTI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO*			
ASSOCIAZIONE	PROGETTO	A CHI SI RIVOLGE	CONTATTI
AIAS Bologna Onlus	Uno spazio per me	Caregiver di persone anziane, affette da malattie croniche e di persone con disabilità	Giulia Mignardi 348 2408510 gmignardi@aiasbo.it 051 454727   info@aiasbo.it
ARAD A.P.S.	Aver cura di chi si prende cura	Caregiver di persone con patologie croniche e/o disabilità	Clelia D'Anastasio dottdanastasio@gmail.com; Segreteria: 051 465050   info@aradbo.org
Olitango A.S.D.	Ben-Essere caregiver: Aver cura di chi si prende cura	Caregiver di persone con malattia di Parkinson	Maria Calzolari 339 4734113   info@olitango.it olitango11@gmail.com
Didi ad Astra A.P.S.	Caregiver! PARLIAMO CI 2024	Caregiver di minori/ giovani adulti con disabilità/malattie croniche/autismo	Barbara Binazzi   3388520855 barbarabinazzi@gmail.com info@didiadestra.org
Open Group Cooperativa sociale	Parliamo di te	Cittadini che ricoprono il ruolo di caregiver familiare	Claudia Garofletti 366 6457447   caregiver@opengroup.eu
A.L.I.C.E. Bologna O.d.V.	Mi(ri)conosco	Caregiver di persone colpite da ictus	Veronica Ucci 348 3197872   info@bologna.aliceitalia.org
UILDM. Bologna O.d.V.	Mai soli	Caregiver e famigliari di persone con malattia neuromuscolari e neurodegenerative	Alice Greco presidente@uilmbo.org Stefania Lattarulo   lattarulostefania@gmail.com Segreteria: info@uilmbo.org   051 266013
Fondazione ANT	Prendersi cura di chi... si prende cura	Caregiver di pazienti affetti da malattie oncologica	Andrea Giannelli   andrea.giannelli@ant.it Segreteria:   051 7190132 formazione@ant.it
G.R.D. Bologna	Siamo insieme 2024	Caregiver di persone con disabilità	Antonella Misuraca antonella.misuraca@gmail.com 392 4730132
Consorzio Aldebaran	Gruppi di consulenza psicologica	Caregiver adulti e giovani adulti di cittadini anziani o disabili non autosufficienti	Guido Casamichiela 346 3820512   051 4170617 g.casamichiela@cadi.ai.it; sostegnocaregiver-aldebaran@cadi.ai.it
Non Perdiamo la Testa A.P.S.	R-esistere oltre la fragilità	Caregiver di persone affette da demenze e patologie degenerative	Giuseppe Rossi   335 6339226 amm.nonperdiamolatesta@gmail.com
ANGSA A.P.S.	Mi stai a cuore	1 gruppo per caregiver con figli in età prescolare e scolare e 1 gruppo per caregiver di adolescenti o in età giovane adulta	Marialba Corona   338 8704896 marialba.corona@gmail.com angsabologna@gmail.com
PER LUCA Cooperativa sociale	Sostegno psicologico di gruppo	Caregiver di persone con esiti di coma, cerebrolesioni e disabilità acquisita	Cristina Franchini   Elena Merlini 051 4856169   388 8250540 info@perluca.it

\*Per partecipare rivolgersi direttamente all'ente proponente

ASSOCIAZIONE	PROGETTO	A CHI SI RIVOLGE	CONTATTI
OFFICINA DELLE TRASFORMAZIONI	Tornare a sé	Cittadini che ricoprono il ruolo di caregiver familiare	Laura Ferrari   340 2539472 lauraferri.formazione@gmail.com officinadellettrasformazioni@gmail.com
IT2 Soc.Coop. Sociale	Ci sono anch'io!	Caregiver di persone con disabilità	Claudia Parisini   333 2715354 educativa@it2.it   settorea@it2.it
SOLCO DAI CROCCICCHI Cooperativa sociale	RALLENTA	Caregiver familiari di persone anziane o disabili adulti non autosufficienti	Silvia Salucci s.salucci@daicrocicchi.coop 370 3732643 rallenta_caregiver@daicrocicchi.coop info@daicrocicchi.coop

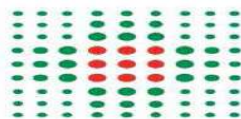
  

PROGETTI DI BENESSERE PSICOFISICO*			
ASSOCIAZIONE	PROGETTO	A CHI SI RIVOLGE	CONTATTI
AIAS Bologna Onlus	Un tempo per me	Caregiver di persone anziani, disabili e persone affette da malattie croniche	Campagnoli Cristina: 366 7530758   051 454727 ccampagnoli@aiasbo.it
ASD Olitango	Ben-Essere caregiver: Aver cura di chi si prende cura	Caregiver di persone con demenza e Alzheimer e Caregiver di persone con malattia di Parkinson	Maria Calzolari 339 4734113   info@olitango.it olitango11@gmail.com
Non Perdiamo la Testa	Benessere psicofisico dei caregiver	Caregiver di persone affette da demenze e patologie degenerative	Giuseppe Rossi   335 6339226 amm.nonperdiamolatesta@gmail.com
ANGSA A.P.S.	In forma anche noi!	Caregiver di soggetti con autismo	Marialba Corona   338 8704896 angsabologna@gmail.com
OFFICINA DELLE TRASFORMAZIONI	Tornare a sé	Cittadini che ricoprono il ruolo di caregiver familiare	Laura Ferrari   340 2539472 lauraferri.formazione@gmail.com officinadellettrasformazioni@gmail.com
IT2 Soc.Coop. Sociale	Ho-me	Caregiver di persone con disabilità	Claudia Parisini   333 2715354 educativa@it2.it   settorea@it2.it
ARKIS A.P.S.	Cura chi cura	Caregiver adulti e giovani adulti di cittadini anziani e disabili non autosufficienti	Eléonore Grassi   347 8653165 arkisbenessereyoga@gmail.com
Associazione Culturale LE VIE	Yoga a casa per caregiver: spazi di cura di sé. Anno 2024	Cittadini che ricoprono il ruolo di caregiver familiare	Simonetta Simoni 329 2269949 leviecultura@gmail.com
SOLCO DAI CROCCICCHI Cooperativa sociale	RALLENTA	Caregiver familiari di persone anziane non autosufficienti in situazioni di fragilità	Silvia Salucci s.salucci@daicrocicchi.coop 370 3732643 rallenta_caregiver@daicrocicchi.coop info@daicrocicchi.coop

\*Per partecipare rivolgersi direttamente all'ente proponente

*I punti di forza  
rilevati dai  
caregiver che  
hanno partecipato  
ai gruppi negli  
ultimi due anni...*





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Le Associazioni del Territorio che realizzano attività e progetti con persone affette da deterioramento cognitivo e demenza e loro familiari..

A.R.A.D.: Associazione  
Ricerca Assistenza  
Demenze

**ARAD** | Associazione Ricerca Assistenza Demenze  
Associazione di Promozione Sociale  
Ente del Terzo Settore

**Aver cura di chi si prende cura**

Gruppo di supporto psicologico e psico-educazione per caregiver di persone con demenza

Gli incontri si terranno il **GIOVEDÌ** dalle 17:30 alle 18:30 a partire dal 04/04/2024 presso la **BIBLIOTECA GINZBURG** Via Genova, 10 - Bologna

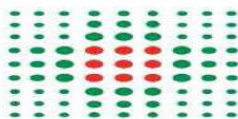
Il primo incontro sarà di conoscenza del gruppo e di definizione del programma di psico-educazione su tematiche del lavoro di cura come ad esempio:

- Carico emotivo del caregiver
- Senso di colpa
- Relazione con la persona malata
- Ruolo della famiglia
- Comunicazione assertiva
- Il senso di auto-efficacia
- Il lutto

ARAD APS - ETS  
Associazione di Ricerca e Assistenza delle Demenze  
c/o ASP Città di Bologna  
Viale Roma, 21 - 40139 - Bologna  
Tel. 051.485050  
Email: [info@aradbo.org](mailto:info@aradbo.org)  
Site web: [www.aradbo.org](http://www.aradbo.org)  
Pec: [aradbo@aradbo.org](mailto:aradbo@aradbo.org)  
FIR: IT4480306900498100000010411

<https://aradbo.org/>





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna



## R-ESISTERE OLTRE LA FRAGILITÀ

Gruppi di informazione e supporto psicologico per i famigliari  
di persone con demenza - Edizione primavera 2024

ciclo di 8 incontri: ogni martedì, dal 09/4 al 28/05, ore 18.15 -19.30  
on line su piattaforma Zoom – partecipazione gratuita

**Iniziativa rivolta a residenti nel Comune di Bologna**

Conduttori: Dott. Fabrizio Campanile, Dott.ssa Annabel De Carlo

Le difficoltà cognitive e i bisogni del mio caro affetto da demenza.  
Prendermi cura dei miei bisogni all'interno del ruolo di caregiver.  
Strategie di gestione dei disturbi comportamentali.  
Servizi territoriali e ausili che mi aiutano nell'assistenza



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



NON PERDIAMO LA TESTA

Per informazioni e iscrizioni: Associazione di Promozione Sociale "Non Perdiamo la Testa"  
Via Mazzini 65, Bologna 3496283434 nonperdiamolatesta@libero.it  
[www.nonperdiamolatesta.it](http://www.nonperdiamolatesta.it)

Iniziativa realizzata con il contributo della Regione Emilia Romagna in attuazione della LR 2/2014 "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver" o della DGR 2318/2019 "Misure a sostegno dei caregiver"

# Non Perdiamo la Testa

<https://www.nonperdiamolatesta.it/chi-siamo/>

**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Capofila progetto:



Con il contributo del:



Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

In collaborazione con:



## Attività di movimento e sostegno psicologico 2024

**BenEssere Caregiver:**  
avere cura di chi "si prende cura"

**Incontri di gruppo GRATUITI**

(dal 08/04/2024 al 27/05/2024 e dal 16/09/2024 al 02/12/2024)

**LUNEDÌ** (per caregiver di persone con Parkinson)

- ore 14:30 - 15:45 Sostegno psicologico
- ore 16:00 - 17:00 Incontri di Yoga/Ginnastica per il benessere psico-fisico  
c/o I.P. Iniziativa Parkinsoniani - odv, Via Lombardia 36, Bo, saletta  
adiacente alla galante Garrone

**GIOVEDÌ** (per caregiver di persone con demenza e Alzheimer)

- ore 10:15 - 11:15 Incontri di Ginnastica dolce e movimento espressivo  
c/o Centro d'Incontro Margherita, Viale Roma 21(Bo)  
in collaborazione con ASP Bologna

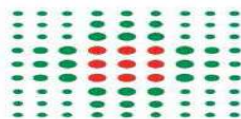
**Per prenotarsi:**

3477988812 - [info@olitango.it](mailto:info@olitango.it) - [www.olitango.it](http://www.olitango.it)

# Olitango

<https://www.olitango.it/>





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

## A.M.A. Amarcord

Con il PDTAI Demenze dell'Azienda collaborano gli OdV di San Pietro in Casale e Castello d'Argile.

<http://www.amaamarcordsanpietro.it/>

**Malippo** : Associazione culturale che organizza le "Letture Mobili", le letture effettuate ad alta voce, aperte a tutti. Si svolgono all'aperto e sono libere.

<http://malippo.altervista.org>

## Giovani nel Tempo

<https://www.giovanineltempo.it/>

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

**A.M.A. Amarcord Odv di San Pietro in Casale**



TECI SU FACEBOOK

**AMARCORD al CAFE**  
Castello d'Argile  
Circolo M.C.L. - Via G. Matteotti 104



Organizzato dall'Associazione A.M.A. Amarcord e Gruppo Arcobaleno in collaborazione con le parrocchie di Castello d'Argile e Venezzano.

**Presso il bar del Circolo M.C.L. in Via G. Matteotti 104 a Castello d'Argile tutti i mercoledì mattina dalle 9.00 alle 11.30 circa**

*Se hai voglia di compagnia, hai piacere di trovare persone che ti ascoltano alle quali raccontare le storie del passato e del presente aderisci al progetto "Amarcord al caffè".  
Ritorno in particolare alla terza età...*

**Programma Marzo 2023**

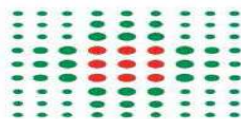
<b>1</b> marzo	<b>musica e movimento</b>	
<b>8</b> marzo	<b>Gioco dell'Oca</b> per la Festa della Donna	
<b>5</b> aprile	<b>Laboratorio di Pasqua</b>	

**Giovani nel Tempo**



ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE  
**Giovani nel Tempo**  
PROGETTO  
**Beata Terza Eta**

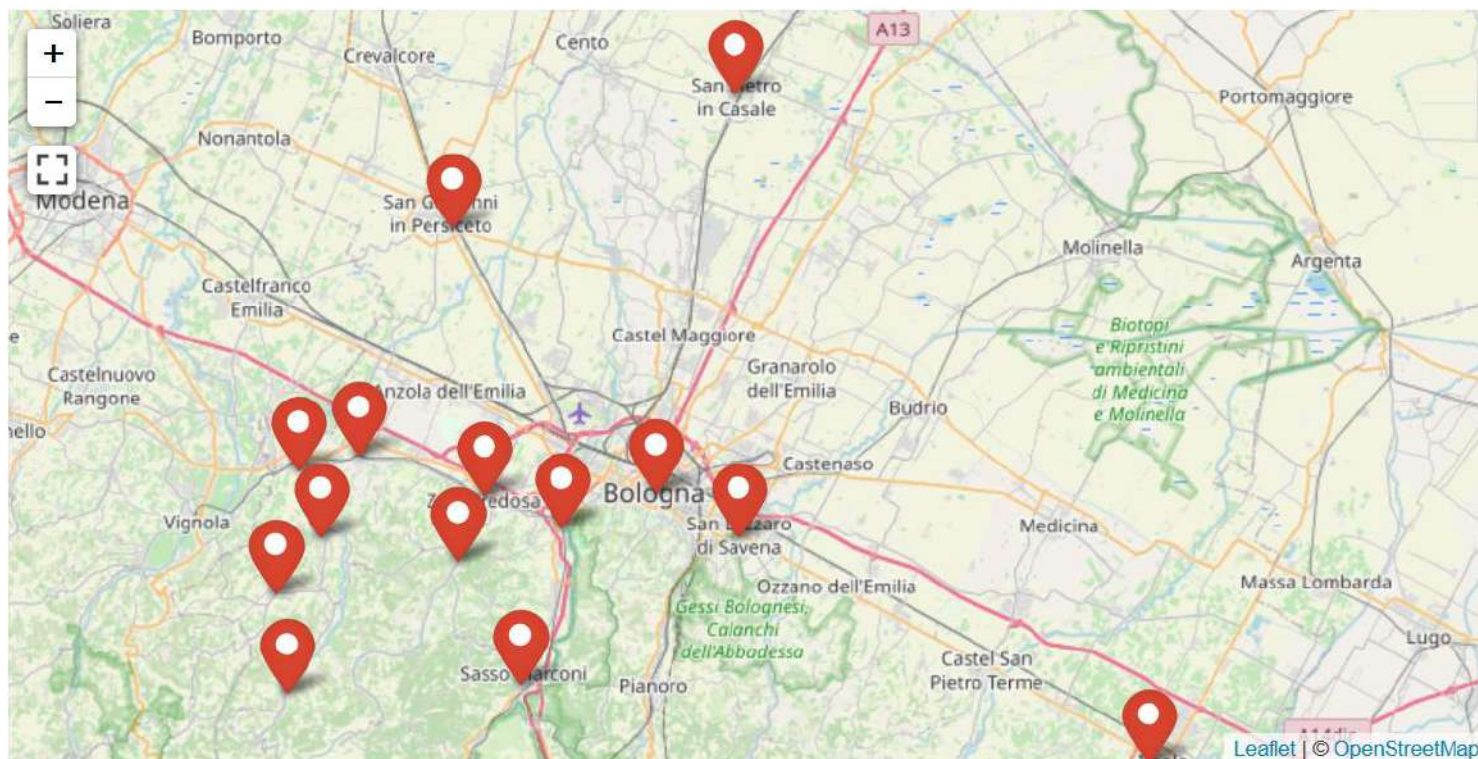




# LA RETE DEGLI SPORTELLI DISTRETTUALE PER I CAREGIVER

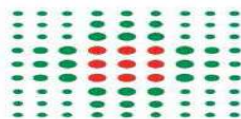
Lo Sportello distrettuale per i Caregiver è il riferimento dove si possono avere **informazioni, supporto qualificato e orientamento per l'accesso ai servizi** della rete e sugli interventi e le prestazioni attivati da Comune/Unione e dalla AUSL per il sostegno e il sollievo dei Caregiver.

## Sportelli per i Caregiver della provincia di Bologna



<https://caregiver.regione.emilia-romagna.it/mappe/riferimenti-distrettuali-caregiver/sportelli-bologna>

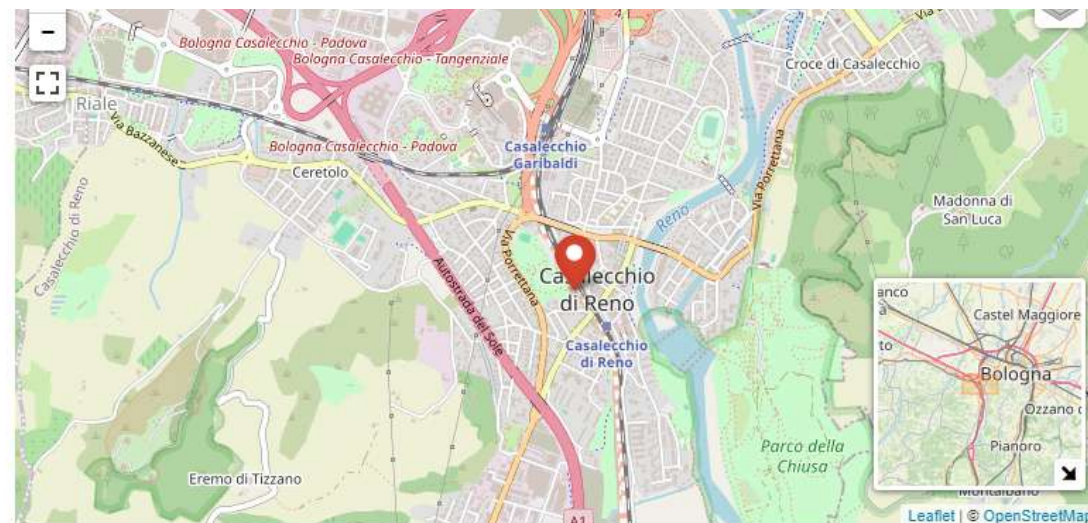




# GLI SPORTELLI DISTRETTUALE PER I CAREGIVER

E' presente una Rete di Sportelli distrettuali per i 6 Distretti Aziendali, consultabile sul sito Regionale e con i relativi riferimenti:

1. [Sportello Sociale - Progetto Badando](#)
2. [Servizio di Supporto Caregiver – Bologna](#)
3. [Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese](#)
4. [Pianura Est - Ausl di Bologna](#)
5. [Asp Seneca San Giovanni in Persiceto - Punto Unico Caregiver e Lavoro di Cura](#)
6. [Unità distrettuale delle attività socio-sanitarie - Casa della Salute - San Lazzaro di Savena](#)



Geolocation Latitude: 44.4759773783 Longitude: 11.2742813576

## Sportello Sociale - Progetto Badando

Piazzale Rita Levi Montalcini, 5  
40033 Casalecchio di Reno

### Orari di apertura

lunedì, martedì, mercoledì e venerdì 8.00-12.00  
giovedì 11.30-18.30

### Modalità di accesso

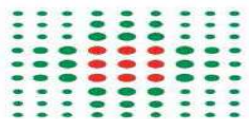
solo su appuntamento

### Contatti

051598176  
[sportellosocialecasalecchio@ascinsieme.it](mailto:sportellosocialecasalecchio@ascinsieme.it)

### Sito Web

<http://www.ascinsieme.it/index.php/content/view/fc67a00e2h/progetto-badando>



## Alcuni link utili

**Sito Demenze AUSL Bologna:** <https://www.ausl.bologna.it/cit/dem>

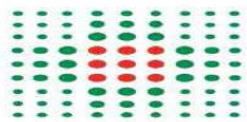
**Rete dei CDCD :** <https://www.ausl.bologna.it/cit/dem/i-centri-per-i-disturbi-cognitivi-e-demenze-volume-aggiornato.pdf>

**La sezione Caregiver del sito Demenze dell'AUSL:** <https://www.ausl.bologna.it/cit/dem/il-caregiver>

**Opuscolo Informativo Percorso Del Paziente Affetto Da Demenza:**

<https://www.ausl.bologna.it/cit/percorsi-per-patologia/pdta-demenze/il-percorso-del-paziente-affetto-da-demenza/files/opuscolo-informativo-pdta-demenza.pdf>





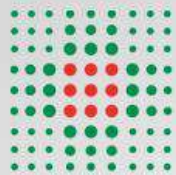
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



***Grazie per  
l'attenzione!!***

# *La dimensione della casa protetta per anziani*



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
**Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna**

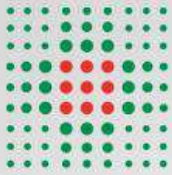
**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

# Servizi Socio Sanitari accreditati

**Celeste La Riccia**

Coordinamento aziendale controllo qualità e prestazioni assistenziali nelle Strutture socio sanitarie accreditate – AUSL BO



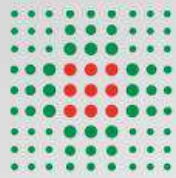


*«Noi non diventiamo vecchi con gli anni, ma più nuovi ogni giorno»*

Emily Dickinson

Tutti noi siamo i protagonisti di questo passaggio giorno dopo giorno, perché la vita ha senso e ogni ora è occasione per scoprire la bellezza del vivere.

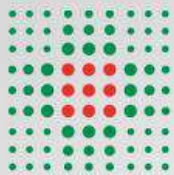




# Come sono i Servizi Socio Sanitari

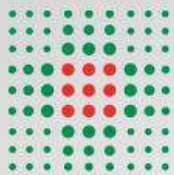
Tutti i Servizi Socio Sanitari che vogliono entrare nella rete dei servizi della Azienda USL BO devono avere sia l'autorizzazione che l'accreditamento.

- L'Autorizzazione è necessaria per attivare i servizi e definisce il funzionamento del servizio stesso.
- L'Accreditamento Istituzionale ha lo scopo di garantire qualità dell'assistenza e dei servizi e riguarda strutture, tecnologie, professionisti.



# Il modello RER di Accreditamento Istituzionale

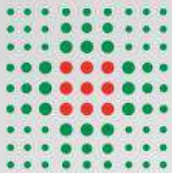
- Garantisce che l'erogazione dei servizi fornisca adeguate risposte ai bisogni della popolazione sia dal punto di vista qualitativo che da quello quantitativo.
- Individua i servizi e le strutture necessari per la copertura del fabbisogno territoriale



# Cosa devono dimostrare i gestori

I gestori delle Strutture Socio Sanitarie:

- Requisiti di qualità nella conduzione e nell'erogazione del servizio
- Instaurazione dei rapporti di servizio pubblico tra i servizi socio sanitari e i gestori che erogano i servizi.
- Le relazioni vengono disciplinate attraverso un apposito contratto di servizio



# Normativa Regionale

- Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di Accreditamento dei servizi sociosanitari:

**DGR 514/2009**

- Approvazione del nuovo sistema di Accreditamento Sociosanitario e disposizioni transitorie:

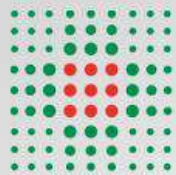
**DGR 1638/2024**



# Cosa definisce l'Accreditamento

I requisiti e le condizioni gestionali ed organizzative che costituiscono i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) si applicano ai seguenti servizi :

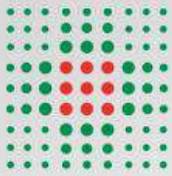
- Assistenza Domiciliare
- Casa Residenza Anziani (CRA)
- Centro Diurno Assistenziale per Anziani
- Centro Socio Riabilitativo Residenziale per Disabili
- Centro Socio Riabilitativo Semi-residenziale per Disabili



# Criteri e requisiti generali dell'accreditamento

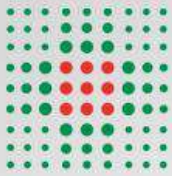
- Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie
- Prestazioni e servizi
- Aspetti strutturali
- Competenze del personale
- Comunicazione
- Appropriatezza clinica e sicurezza
- Processi di miglioramento ed innovazione
- Umanizzazione





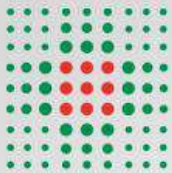
# Il Centro diurno anziani

- Il Centro Diurno è un servizio socio sanitario semi residenziale finalizzato al mantenimento al domicilio di persone anziane in condizione di fragilità, di limitata autonomia o di non autosufficienza che non possono essere seguite a casa durante la giornata.
- Offre assistenza e realizza programmi di riattivazione psico funzionale, di socializzazione e di animazione



# Centro Diurno anziani

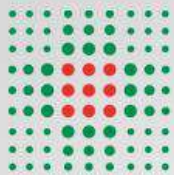
- L'anziano trascorre la giornata in compagnia di altre persone anziane, operatori specializzati e volontari.
- La partecipazione alle attività individuali e di gruppo organizzate nel centro favoriscono il mantenimento dell'autonomia personale e sociale



# Centro Diurno

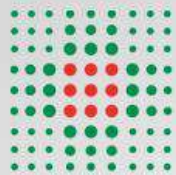
A garanzia di un adeguato livello di benessere psico-fisico il centro diurno fornisce:

- Assistenza tutelare di base
- Servizio di ristorazione
- Servizio di trasporto
- Attività di animazione
- Attività di riattivazione motoria e occupazionali
- Attività di ricreazione e di socializzazione



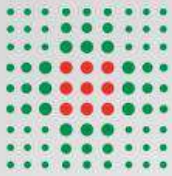
# Assistenza tutelare di base

- Assistenza nell'igiene personale quotidiana e/o supervisione per l'accesso e l'utilizzo dei servizi igienici
- Aiuto per una corretta deambulazione e mobilitazione tramite interventi di gruppo e personalizzati
- Assistenza durante i pasti



# Attività di socializzazione e animazione

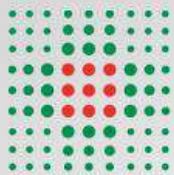
Il centro assicura lo svolgimento di un programma annuale di attività ludico-ricreative, socio-riattivazione cognitiva con l'obiettivo di ridurre l'impatto dei deficit cognitivi allenando l'uso della memoria, l'orientamento spazio temporale e la capacità di apprendimento conservate



# Servizio di ristorazione

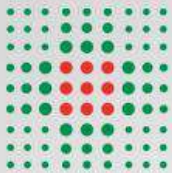
- Il menù varia su base stagionale e giornalmente.
- La produzione e la distribuzione rispettano le procedure di controllo HACCP
- Prevista la fornitura di diete personalizzate su prescrizione del MMG
- Garantita la possibilità di scelta da parte dell'anziano sulle preferenze espresse
- Gli operatori socio sanitari in caso di bisogno aiutano l'anziano nell'assunzione dei pasti senza sostituirsi alla persona ma stimolandolo a fare il più possibile da solo.





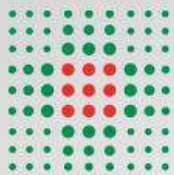
# Casa Residenza per Anziani

La Casa-Residenza per Anziani (CRA), che ingloba la ex Casa Protetta/RSA, è un servizio socio-sanitario residenziale destinato ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, che per diverse ragioni non sono in grado di essere assistiti al proprio domicilio e che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere



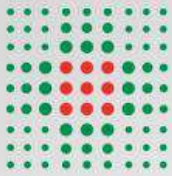
# CRA

- Nelle CRA sono garantiti, oltre all'assistenza sanitaria e alla riabilitazione, i servizi per la cura della persona (igiene personale, alimentazione) e occasioni di vita comunitaria e di relazione.
- Nelle CRA è assicurata l'assistenza del medico, dell'infermiere, del fisioterapista, dell'operatore socio sanitario, consulenze mediche specialistiche e psicologiche con l'obiettivo di mantenimento e di miglioramento dello stato di salute e di benessere della persona anziana.



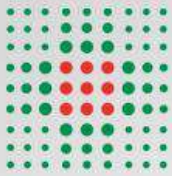
# La qualità di vita per i residenti

I residenti della CRA sono i beneficiari dei servizi dell'organizzazione e come è stato evidenziato nell'articolo 4 della Carta dei diritti Europei per le persone bisognose di cura e assistenza, hanno il diritto a ricevere cure non solo adeguate ma di qualità che non ledano la loro dignità.



# Il modello assistenziale

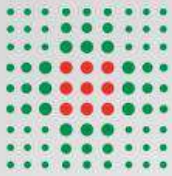
- Le strutture residenziali adottano forme di assistenza riabilitativa, orientate al recupero e al mantenimento delle capacità intellettuali e fisiche dell'anziano.
- L'azione di aiuto alla persona tiene in massimo conto il gradimento espresso dall'ospite avendo come scopo quello di realizzare condizioni di benessere complessivo per l'anziano relativamente al suo stato di salute e di agio.



# Il modello assistenziale

Prevedendo:

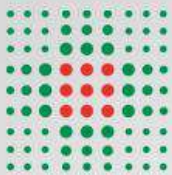
- flessibilità e adattabilità alle diverse condizioni degli anziani e ai cambiamenti dei bisogni del singolo nel tempo;
- continuità d'azione degli operatori e del servizio, sul piano dei contenuti dell'intervento, modalità di relazione con l'anziano, a garanzia del benessere dell'ospite e dei bisogni assistenziali in una condizione d'agio e di sicurezza.



# Supporto per la famiglia

I Servizi Residenziali non hanno una funzione sostitutiva della famiglia, ma sono per essa un supporto, per quanto forte ed esteso, alla gestione del parente non autosufficiente. Ciò significa che i familiari sono chiamati a svolgere ogni attività possibile a favore dell'anziano, così da utilizzare tutte le occasioni di rapporto e relazione personale che risultano così importanti per il suo benessere.





# I servizi di assistenza diretta alla persona

All'interno dei Servizi Residenziali per anziani non autosufficienti sono fornite diverse attività di assistenza, che fanno riferimento a protocolli e linee guida in ambito socio-sanitario e assistenziale:

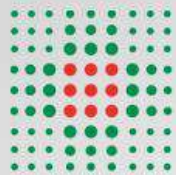
- assistenza tutelare e aiuto nelle attività di vita quotidiana
- assistenza sanitaria
- assistenza riabilitativa
- attività di animazione



# Aiuto nelle attività di vita quotidiana

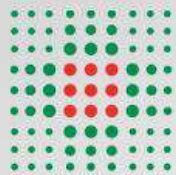
Le strutture hanno l'obiettivo di migliorare e mantenere le capacità residue dell'anziano senza sostituirsi a lui, nei limiti del possibile, e ponendo attenzione alle sue esigenze e ai suoi bisogni. Il servizio fornisce aiuto e supporto nei seguenti momenti ed attività:

- riposo pomeridiano e notturno;
- assunzione dei pasti;
- cura della camera e degli effetti personali;
- igiene personale e cura della persona;
- assistenza notturna.



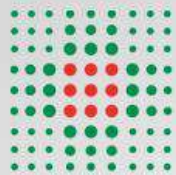
# Riposo pomeridiano e notturno

Risponde all'obiettivo di mantenere un ritmo di vita fisiologica e relazionale, favorendo la socializzazione ed evitando l'isolamento e la sindrome da allettamento, nel rispetto delle esigenze e delle abitudini dell'anziano. Per il dopo pranzo è assicurato il riposo pomeridiano a letto per gli anziani che lo richiedono o ne hanno necessità



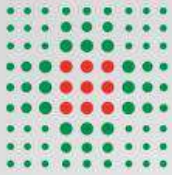
# Assunzione dei pasti

I pasti vengono consumati preferibilmente in sala da pranzo. La disposizione degli anziani ai tavoli tiene conto delle richieste, dei bisogni e delle condizioni di ciascuno. Gli anziani che non sono in grado di alimentarsi autonomamente vengono assistiti parzialmente o completamente. Gli anziani allettati consumano il pasto in camera con l'assistenza dell'operatore.



# Igiene personale e cura della persona

Agli anziani che necessitano di aiuto viene garantita assistenza per effettuare l'igiene quotidiana e la cura della persona (igiene personale, rasatura, cura dell'aspetto estetico e dell'abbigliamento). I bagni assistiti sono programmati in base ai bisogni ed alle esigenze degli anziani.

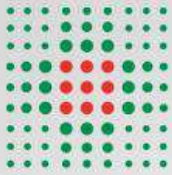


# Assistenza notturna

Il servizio di assistenza notturna assicura:

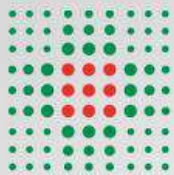
- la tutela degli ospiti
- interventi al bisogno e programmati relativi a posture
- idratazione ed interventi igienici.





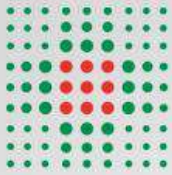
# Assistenza sanitaria

Il servizio, che comprende l'assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, ha lo scopo di **garantire la salute e il benessere degli ospiti** attraverso attività di prevenzione, cura e riabilitazione.



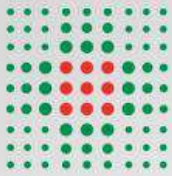
# Assistenza infermieristica

Gli infermieri svolgono le proprie attività in integrazione con i ruoli sanitari e sociali presenti ed in autonomia per gli aspetti di propria competenza, partecipano all'elaborazione del P.A.I. (Piano Assistenziale Individualizzato).



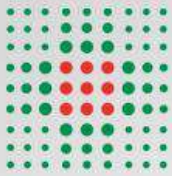
# Assistenza medica

- L'assistenza medica è prestata dal Medico di Medicina Generale (M.M.G.) presente in struttura
- Il medico è presente in struttura con accessi programmati.



# Assistenza riabilitativa

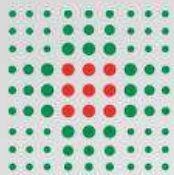
- Ha lo scopo di mantenere e/o recuperare le capacità psicofisiche dell'anziano sia attraverso interventi gestiti direttamente dal Terapista della Riabilitazione, sia fornendo attività di consulenza agli altri operatori per rendere riabilitative le attività di vita quotidiana. Possibilità di trattamento individuale di riabilitazione
- L'attività viene svolta in palestre o locali idoneamente attrezzati all'interno di ogni singola struttura, negli spazi comuni e nelle camere



# Attività di animazione

Il servizio di animazione ha lo scopo di:

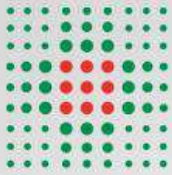
- rispettare l'identità individuale dell'ospite, nelle sue componenti psicologiche e fisiche, stimolandone l'espressione personale.
- stimolare e mantenere le abilità psicologiche e fisiche dell'anziano
- adottare una modalità riabilitativa diffusa alle attività della vita quotidiana, al fine di mantenere le capacità e di contrastare il processo involutivo
- facilitare il rapporto tra l'ospite e l'ambiente al fine di favorire le condizioni di benessere della persona all'interno della struttura



# Ristorazione

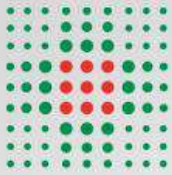
- Il servizio di ristorazione può essere interno alle Strutture o può essere affidato anche a ditte esterne.
- Il servizio tende a garantire un'alimentazione adeguata alle esigenze dietetiche e tiene conto del gradimento dell'anziano. Il consumo dei pasti si svolge in ambienti accoglienti, opportunamente attrezzati e curati, anche per favorirne l'uso da parte degli ospiti.
- Il menù varia giornalmente e si ripete secondo cicli tipo ogni tre o quattro settimane.
- Prevista la variazione del menù anche in base alle stagioni.
- È prevista la somministrazione di diete speciali a seguito di prescrizione medica.
- In occasione di particolari ricorrenze o festività viene programmato un menù speciale.





# Ristorazione

- Durante la giornata è prevista la distribuzione di bevande calde o fresche, secondo la stagione, tenendo conto dei bisogni nutrizionali e di idratazione dell'anziano. Sulla base di norme igienico-sanitarie a tutela della salute dell'anziano
- La produzione e la distribuzione dei pasti avvengono rispettando le procedure di controllo HACCP



*“La vita non è aspettare che passi la tempesta, ma imparare a ballare sotto la pioggia”*

Mahatma Gandhi

Grazie per l'attenzione

# *Il volontariato come risorsa*

# ASSOCIAZIONI DEL TERZO SETTORE ED OPPORTUNITÀ PER LE PERSONE CON DEMENZA E PER I LORO FAMILIARI

Clelia D'Anastasio, geriatra

presidente ARAD – Associazione Ricerca e Assistenza Demenze – APS ETS



# ASSOCIAZIONI E TERZO SETTORE

**Sistema sociale ed economico che si affianca alle istituzioni pubbliche e al mercato e che interagisce con entrambi per l'interesse delle comunità**

- **Come il mercato, è composto da enti privati**
- **Come le istituzioni pubbliche, svolge attività di interesse generale**

**Le associazioni del terzo settore agiscono in vari ambiti, dall'assistenza alle persone con disabilità alla tutela dell'ambiente, dai servizi sanitari e socio-assistenziali all'animazione culturale, all'impegno civico, ecc**

**Lo fanno senza scopo di lucro e per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale**

**Le associazioni che sono iscritte al registro unico nazionale enti del terzo settore (RUNTS) hanno maggiori responsabilità e obblighi di trasparenza ed affidabilità e sono sottoposte a controllo**

# CARATTERISTICHE PRINCIPALI

Le associazioni pertanto operano rispettando confini normativi ben definiti

Hanno uno statuto che deve rispettare la normativa e che definisce il loro ambito di attività (ad es. il supporto alle persone anziane, fragili, con alterazioni cognitive, demenza, supporto ai familiari, ecc)

Sono costituite per lo più da personale volontario, ma possono servirsi di professionisti (ad es. psicologi, animatori, musicoterapeuti, ecc) che provvedono a retribuire

Non hanno scopo di lucro, ma hanno bisogno di reperire fondi per finanziare le attività che realizzano



# ASSOCIAZIONI: COME SI FINANZIANO

Quote annuali di iscrizione dei soci

Donazioni (liberalità, donazioni in memoria, donazioni testamentarie, ecc)

5 per mille

Partecipazione a bandi per il finanziamento di singoli progetti di interesse sociale

- Bandi del Comune o dei Quartieri
- Bandi dell'AUSL Bologna
- Bandi di Fondazioni

# COLLABORAZIONE E SUSSIDIARIETÀ

Le Associazioni sono radicate nel territorio, sono costituite da persone che conoscono i problemi di cui si occupano per averli vissuti di persona o per averli studiati da vicino

Conoscono i bisogni e le fatiche delle persone a cui si rivolgono e si pongono a loro difesa

Si occupano di interventi cosiddetti «a bassa intensità» che sono fondamentali per migliorare la qualità di vita di chi ha difficoltà e per promuovere salute e benessere, ma che non possono essere assicurati dagli Enti istituzionali

Ciascuna Associazione, in base alla propria conoscenza del territorio ed alle proprie capacità e competenze, offre e realizza attività che finiscono per essere dei veri e propri «servizi» (basti pensare ai Caffè Alzheimer)

Per altro, Enti quali AUSL o Comuni, così come molte Fondazioni filantropiche, affidano alle Associazioni la realizzazione di progetti assistenziali e di supporto tramite bandi pubblici

# OBIETTIVI

Superare l'isolamento sociale delle persone con demenza e dei familiari e migliorarne la qualità di vita

Rafforzare l'autostima dei familiari e le loro competenze di cura

Alleviare il carico psicologico

Costruire un contesto facilitante per la persona con demenza e per il suo familiare

Favorire l'inclusione delle persone con demenza attraverso esperienze, attività, incontri che ne valorizzino la storia di vita e le capacità attuali, confermandoli in un ruolo attivo nella comunità

Lotta allo stigma verso la demenza

# ATTIVITÀ

- **Supporto ai caregivers:** psicologico e psico-educativo, corsi di informazione e formazione sulle strategie di gestione quotidiana, consulenza legale, attività ludico-ricreative, progetti specifici per favorire il rilassamento e la cura di sé
- **Corsi di Stimolazione cognitiva** con personale specializzato e attività di stimolazione corpo-mente
- **Attività all'aria aperta** per persone con difficoltà cognitive e caregivers «**Chi trova un cavallo trova un amico**» e «**In campagna la salute ci guadagna**»
- Varie attività ludico-ricreative di stimolazione e socializzazione come quelle svolte nei **Caffè Alzheimer**
- **Condominio solidale:** Interventi di educazione alla salute, stimolazione cognitiva e socializzazione in grandi condomini in cui vivono anziani soli
- **Laboratori nelle scuole** primarie e secondarie per superare diffidenza/ostilità verso le persone anziane e fragili

# I CAFFÈ ALZHEIMER DI ARAD



Noi al Centro, presso CdQ Montanari,  
via Saliceto 3 – Bologna

Non ti scordar di me, presso Circolo  
ARCI Benassi, via Cavina 4 – Bologna

Caffè sulla Luna, presso CdQ Lunetta  
Gamberini, via degli Orti 60 - Bologn

Caffè Amascord, presso CdQ  
Malpensa, via Jussi - San Lazzaro di  
Savena





# Caffè sulla Luna



## ARAD vi invita al Caffè sulla Luna!!!



Oltre alle consuete attività di gioco e socializzazione e all'imperdibile merenda di metà pomeriggio, il nostro programma di **Settembre 2024** (ogni **Lunedì** dalle **15.00** alle **17.00**) prevede:

**Lunedì 09 settembre:** Bentornati al Caffè! Giochi di gruppo.

**Lunedì 16 settembre:** Tombola e supporto psicologico con la psicologa per familiari e caregivers che lo richiedono, previo appuntamento chiamando la segreteria di ARAD.

**Lunedì 23 settembre:** Torna Oltimgo! Musica e movimento con Loredana

**Lunedì 30 settembre:** Parole e numeri: giochi cognitivi.

## VI ASPETTIAMO!!!

I volontari e i professionisti di ARAD saranno presenti ad ogni incontro per facilitare attività e socializzazione e per organizzare la consueta merenda di metà pomeriggio!

Progetto "Lunette e dintorni. Comunità Amica delle Persone Anziane e con Fragilità" DGR 224/2022 finanziato con i fondi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali





# BALLARE AL CAFFÈ





# LEZIONI DI MUSICA AL CAFFÈ ALZHEIMER





# CHI TROVA UN CAVALLO TROVA UN AMICO. UN PROGETTO IN MEMORIA DI GIANNI E ADRIANA





# CHI TROVA UN CAVALLO TROVA UN AMICO. UN PROGETTO IN MEMORIA DI GIANNI E ADRIANA





# IN CAMPAGNA LA SALUTE CI GUADAGNA. UN PROGETTO IN MEMORIA DI CLAUDIO





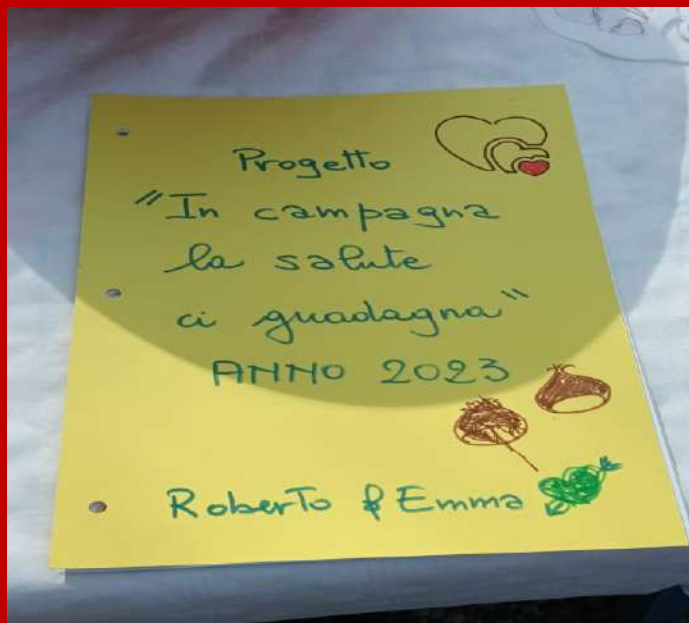




In campagna la salute  
ci guadagna. Un  
progetto in memoria  
di Claudio









**CONDOMINIO SOLIDALE:  
SOCIALIZZAZIONE, EDUCAZIONE  
ALLA SALUTE, STIMOLAZIONE  
COGNITIVA**





# LE GITE





# DOCUMENTIAMOCI



**ARAD e la Casa di quartiere "Lunetta Gamberini" con i gruppi ForteMente e LeggerMente vi invitano a partecipare al ciclo di incontri "DocuMentiamoci per fare la differenza!"**  
**La conoscenza come strumento di consapevolezza**



**Martedì 29 Ottobre 2024 dalle ore 15:00**

**Proiezione del video dello spettacolo teatrale "Elizabeth è scomparsa"**  
tratto dall'omonimo libro di Emma Healey - Regia di Eugenio Melloni

**Martedì 12 Novembre 2024 dalle ore 15:00**

**Presentazione e letture di brani selezionati dal libro "L'amore in testa" di Carlo Marzi**  
Avremo il piacere di condividere questo pomeriggio con l'autore del libro

**Martedì 26 Novembre 2024 dalle ore 15:00**

**Proiezione del docu-film "Per non dimenticare chi dimentica"**

curato da ARAD APS con la collaborazione di studenti, docenti e dirigenti di scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado - Regia di Dario Cicchero

Per informazioni si prega di telefonare alla segreteria di ARAD APS allo 051 465050 dal LUN al VEN dalle ore 09:00 alle ore 13:00 o di scrivere una mail a [info@aradbo.org](mailto:info@aradbo.org).

Progetto "Lunetta e dintorni. Comunità Amica delle Persone Anziane e con Fragilità" DGR 2241/2022 finanziato con i fondi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali



# LABORTORI NELLE SCUOLE PER COMBATTERE LO STIGMA DELLA DEMENZA





# PATTO DI COLLABORAZIONE CON QUARTIERE NAVILE PER COMUNITÀ AMICA DELLE PERSONE CON DEMENZA



Rafforzare e rendere permeabili all'incontro con la comunità le iniziative già in atto che riguardano le persone con demenza

Costruire un contesto facilitante per la persona con demenza e per il suo familiare

Coinvolgere il tessuto sociale fatto di servizi commerciali, di trasporto, amministrativi, di offerta culturale e ludica, di architettura urbana, ecc., per aumentare la consapevolezza del problema, rendere gli operatori più competenti e capaci di accogliere, di comprendere e di interagire con le persone con demenza

Progetto da realizzare tappa dopo tappa, e che abbiamo iniziato a condividere con le associazioni dei commercianti del quartiere e con l'azienda di trasporti urbani Tper



# LUNETTA E DINTORNI: **COMUNITÀ AMICA DELLE PERSONE ANZIANE E CON FRAGILITÀ** (DGR 2241/2022 – FINANZIATO CON I FONDI DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI)

## Le Associazioni partner

ARAD – Capofila

Casa di Quartiere Lunetta  
Gamberini

Officina delle Trasformazioni

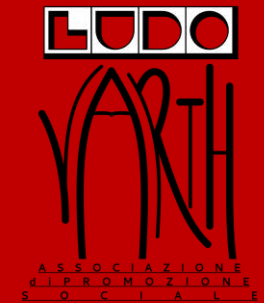
Olitango

ACLI Provinciale

Ludovarth

Gondolin

AISA







# VI ASPETTIAMO!

Sede ARAD

▪ Viale Roma 21 — Bologna

Telefono

▪ 051 465050 ore 9.00 -  
13.00 da Lun a Ven

E-mail

▪ [info@aradbo.org](mailto:info@aradbo.org)

Sito web

▪ [www.aradbo.org](http://www.aradbo.org)



## Il pieghevole: carta di «identità» dell'associazione

- Distribuito attraverso il CDCD di San Pietro in Casale
- Sintetizza obiettivi e attività

**ANCHE SE NON RICORDO IL TUO NOME, DAL TOCCO DELLE TUE MANI, SENTO QUANTO MI AMI.**

M.L.

**CHI SIAMO**  
L'associazione A.M.A. Amarcord OdV, fin dalla nascita dell'AMARCORD al CAFE nel 2005, svolge attività di volontariato finalizzate alla realizzazione di progetti ed iniziative rivolte a persone con disturbi cognitivi e della memoria, a persone con fragilità di vario grado e ai loro familiari, oltre ad attività di promozione di stili di vita sani e volti a favorire l'invecchiamento attivo della comunità.

**OBIETTIVI**

- Favorire il benessere e la qualità di vita delle persone con disturbi cognitivi e con fragilità, promuovendo la socializzazione e la partecipazione attraverso esperienze di sostegno, stimolazione e attività ricreative;
- Sostenere il benessere psico-empatico dei familiari utilizzando strumenti di ascolto e sollievo favorendo lo scambio delle varie esperienze per il supporto reciproco;
- Raccogliere, promuovere e diffondere informazioni e documentazione riguardanti le tematiche e le problematiche inerenti il disturbo cognitivo;
- Promuovere nella comunità uno stile di vita sano in grado di prevenire i disturbi cognitivi e altre patologie e limitarne gli effetti;
- Collaborare con i servizi e con le associazioni del territorio per promuovere progetti innovativi.



Affiliati ad Alzheimer Unit Italia

**CONTATTACI O VIENICI A TROVARE!**

**A.M.A. AMARCORD ODV**  
Via Marconi, 27 40018 San Pietro in Casale (BO)  
Orari di apertura ufficio giovedì dalle 15.00 alle 17.00  
Iscrizione RUNTS 49590

☎ 333 222 5965

✉ [ama.amarcord@libero.it](mailto:ama.amarcord@libero.it)

📍 [amaamarcordsanpietro.it](http://amaamarcordsanpietro.it)

📱 @amaamarcordsanpietro

**VOU CONTRIBUIRE ALLE NOSTRE INIZIATIVE?**

Per donazioni: Banca CREDEM  
Filiale San Pietro in Casale  
IBAN: IT1800303237080010000599727-BACRIT22

Per devolvere il 5 per mille  
CODICE FISCALE: 91267880374



Socializzazione  
Sostegno  
Stimolazione

**ASSOCIAZIONE  
A.M.A. AMARCORD  
ODV**

Per preservare il passato e il presente

**AMARCORD al Café**





## PER LE PERSONE

### AMARCORD AL CAFÉ

Spazio di incontro tra anziani, familiari e volontari. Gli incontri settimanali si tengono al venerdì dalle 9,00 alle 11,30, nei locali messi a disposizione dalla parrocchia in Piazza Calori, 2 a San Pietro in Casale, dove si alternano momenti di stimolazione cognitiva e attività di animazione intercalati da momenti conviviali guidati da psicologi e animatori della Cooperativa Ida Poli di Budrio.

### MUSICALMENTE AMARCORD

Percorso di musicoterapia in dolce movimento: intervento dove l'utilizzo della musica e del movimento è volto a migliorare la qualità della vita di persone con disturbi cognitivi, fisici o disagi emotivi. Gli incontri settimanali si tengono il lunedì dalle 10,00 alle 11,00 e sono condotti da una musicoterapeuta e da un musicista della Cooperativa "La Venenta" di San Giorgio di Piano.

### STIMOLAZIONE COGNITIVA

Cicli periodici di stimolazione cognitiva specifica per persone con difficoltà cognitive di grado lieve o moderato condotti da psicologi qualificati.

### CITTÀ AMICA

Progetti di socializzazione e percorsi di formazione e divulgazione per la realizzazione a San Pietro in Casale di una "Città amica delle persone con demenza": una comunità dove ogni cittadino è preparato a conoscere e sostenere le persone fragili e le loro famiglie. Il luogo dove la normalità nella quotidianità sia un concetto alla portata di tutti.

## PER LE FAMIGLIE

### CONSULENZA PSICOLOGICA

Attività di ascolto e supporto psicologico, all'interno dello spazio dell'Amarcord al Café sia individualmente che in gruppo in presenza e on-line.

### CONSULENZA LEGALE

Consulenza legale offerta gratuitamente ai propri soci riguardante tra l'altro la nomina dell'Amministratore di sostegno.

### UN'ORA CON TE

Sostegno a domicilio di anziani che frequentano l'Amarcord al Café e al lavoro di cura dei loro familiari da parte dei volontari dell'Associazione

### SCUOLA DEL CAREGIVER

Percorso di informazione e sostegno in collaborazione con il distretto Pianura Est ed il CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi - Demenze) di San Pietro in Casale.

### LINEA TELEFONICA ATTIVA

Per ascolto e informazioni relativamente all'accesso alla rete dei servizi: cell. 333 2225965

## PER LA COMUNITÀ

### MEMORY TRAINING E NORDIC WALKING

Cicli periodici di allenamento della memoria abbinato ad attività fisica. Gli incontri sono rivolti a persone adulte per favorire l'invecchiamento attivo sia cognitivo che fisico.

### FESTA DELL'AMARCORD AL CAFÉ

Una grande festa per anziani e cittadini per trasmettere il senso dell'Associazione.



### RASSEGNA CINEMATOGRAFICA

Proiezione di film all'aperto, in collaborazione con l'Amministrazione comunale e l'Unione Reno Galliera.

### CAMMINATA NOTTURNA

In occasione del mese mondiale dell'Alzheimer (settembre), con il coinvolgimento di associazioni e società sportive locali, per promuovere la conoscenza della patologia a livello comunitario.

*L'Associazione, in base alla programmazione annuale, promuove nuovi progetti ed eventi, anche in collaborazione con altre associazioni del territorio, con fondi propri o attraverso finanziamenti e bandi pubblici.*

## Amarcord Al Café (Alzheimer Café)

- Spazio di incontro tra anziani, familiari e volontari, nato il 15 aprile 2005. Gli incontri settimanali si tengono il venerdì dalle ore 9:00 alle ore 11:30 guidati da professionisti, una psicologa e un'animatrice, supportate dai volontari.
- Si alternano momenti di stimolazione cognitiva, attività di animazione, momenti conviviali, attività motoria.





# Musicalmente Amarcord

- Percorso di musicoterapia in dolce movimento.
- Attività dove la musica e il movimento sono volti a migliorare la qualità della vita delle persone che partecipano. Occupa lo spazio del lunedì dalle ore 10:00 alle ore 11:00, condotta da una musicoterapeuta e una musicista, con il supporto dei volontari.
- Progetto “Do Re Mi-prendo cura di te”: in coprogettazione con quattro partner, incontri di musicoterapia integrati con altri sottoprogetti.



# Memory Training e Nordic Walking



Corsi di allenamento alla memoria da fine febbraio a maggio, suddivisi in tre gruppi e in tre fasce orarie.

Attività di Nordic Walking il sabato mattina dalle 9:30 alle 10:30 all'aperto

Percorsi di Memory training combinati con attività fisica rivolti a persone adulte per favorire l'invecchiamento attivo sia cognitivo che fisico.



# Città amica della Persona con demenza

**“Progetto Argento Vivo”**: 10 eventi realizzati nel corso dell’anno 2023, che hanno coinvolto anziani, familiari, ragazzi, categorie economiche, collettività.

**«Percorso scuole»**: nel mese di maggio 2024 realizzati due laboratori rivolti ai ragazzi delle scuole medie; nei mesi di novembre/dicembre verranno coinvolti gli alunni delle cinque classi di prima media.

**“Mese Mondiale dell’Alzheimer”**: 27 settembre 2024, proiezione docufilm “La memoria delle emozioni” e “Camminata notturna” per le vie di San Pietro in Casale.



# SAN PIETRO IN CASALE

## Città Amica della Persona con Demenza

Associazione AMA AMARCORD OidV

### MESE MONDIALE DELL'ALZHEIMER a SAN PIETRO IN CASALE

#### VENERDI' 27 SETTEMBRE 2024

ORE 18:00 Cinema Teatro Italia

SALUTO DELLE AUTORITÀ

"LA MEMORIA DELLE EMOZIONI"

Docufilm sull'Alzheimer presentato alla Mostra del Cinema di Venezia 2023.  
 Protagonisti i residenti de "Il Fosse Ritrovato" di Monza.  
 Dibattito con il regista Marco Falcioni e con rappresentanti di La Meridiana.  
 "Città amica della Persona con Demenza" partecipa: Dott.ssa Simona Lanarelli  
 Dottorato EF 090 Con l'assessorato Dispongibilità PIPSA Dottorato M980, Bologna

ORE 20:00 CAMMINATA NOTTURNA

Raduno e partenza: da Piazza del Martiri, arrivo al Centro Sportivo Il Furelli.  
**INTRATTENIMENTO MUSICALE a cura di Jurassic George + cover band**  
 (Punto Iniziale: attraversare la failure Colonna di Sant'Antonio)

Per info di dettaglio: la data dell'evento corrente escludiamo per la prossima del dicembre

#### Partecipazione libera

Essendo una partecipazione spontanea ed a totale autonomia, agenzia e responsabilità della propria sicurezza ed incolumità. Ogni partecipante è tenuto a rispettare il Codice della strada. Per i minori di 18 anni nessuno può assumere responsabilità sul loro marciare: per questo motivo devono essere accompagnati da un genitore o da 400 un 18enne.

Per informazioni contattate il numero 3392225965



con il patrocinio di



IL VOLONTARIATO  
DOCUMENTO DA RELAZIONARE ALL'INCONTRO ONLINE  
VOLONTARIATO COME RISORSA

DEL 15/11/2023

FACENTE PARTE DEL PERCORSO "SCUOLA ONLINE DEL CAREGIVER"

Parlando di volontariato ci si riferisce alla base che regge tutto il castello delle attività proposte e realizzate dalle associazioni. Perché non basta inventarsi nuove opportunità, organizzare incontri, decidere percorsi e attività, reperire fondi, fare pubblicità. Tutto questo è il cosa, è il quanto, anche il dove e il quando, ma non basta. In questo ambito la prima motivazione è il perché: è il venire incontro a persone in difficoltà e ai loro familiari, che si trovano anch'essi in condizioni di difficoltà e quindi bisognosi di aiuto. Ma c'è un secondo aspetto da tenere in considerazione: il "come", senza il quale non esiste nessun buon progetto, senza il quale la persona affetta da disturbi cognitivi non potrà ricevere alcun beneficio.

Io mi sono avvicinata ad Ama Amarcord il 9 marzo 2018, giorno dell'ottantesimo compleanno di mio marito, affetto da Alzheimer ormai da dieci anni. Fino ad allora avevo voluto farcela da sola, ma ero stanca di tanta solitudine e decisi di provare l'Amarcord Cafè. Fu il suo regalo di compleanno.

Avrei dovuto farlo prima. La preparazione dei volontari, i corsi, le attività, i progetti, tutto era incentrato sul benessere delle persone fragili. Non avevo capito quanto lavoro ci fosse dietro. Dopo la scomparsa di mio marito e qualche mese molto difficile, lessi alcuni materiali e pensai che anch'io avrei potuto dare una mano.

I volontari dell'associazione Ama Amarcord di S. Pietro in Casale prestano la loro opera più assidua al Cafè il venerdì mattina e alla Musicoterapia il lunedì, sempre al mattino, ogni settimana ad esclusione del mese di agosto.

Sono poi presenti in tutte le altre varie iniziative, sporadiche e saltuarie o continuative, festive o feriali.



C'è lavoro pratico, manuale come riordinare, allestire lo spazio, pulire, reperire materiali e il lavoro più importante che è la vicinanza emotiva, solidale, in empatia con le persone fragili, non solo, ma anche con i loro familiari che spesso ci raccontano i loro problemi, magari senza aspettarsi che li risolviamo perché quasi mai siamo in grado di farlo, ma solo che li ascoltiamo.

Saper ascoltare è un atteggiamento molto importante e capire di essere ascoltati rende le persone più felici.

I volontari non sono tutti uguali, ognuno ha il suo carattere, chi è più espansivo, chi è più timido, chi si relaziona in fretta e chi meno, ma tutti devono avere come scopo della loro presenza il benessere fisico e psicologico delle persone, pur non occupandosi ovviamente del versante patologico. Ad esempio ricordare il loro nome, i loro malanni, il nome dei loro nipoti o il loro paese di origine li fa sentire importanti e amati.

Non guardarli con pregiudizio, andare loro incontro anche fisicamente, presentarsi alle persone nuove perché non si sentano isolate o intrusive, accogliere tutti col sorriso. Tutto questo crea un ambiente sereno e amichevole che ispira fiducia.

Abbiamo provato a dividerci in modo da essere di riferimento ad alcune persone precise ma non è stato totalmente realizzabile date le assenze sia degli anziani che degli operatori col rischio di creare delusione alle aspettative delle persone. L'ospite deve potersi rivolgere ad ognuno indifferentemente, sicuro che da tutti troverà ascolto.

Si possono scatenare nel volontario emozioni forti, sensi di colpa, inadeguatezza, incapacità. Essere un volontario in questo ambito è bello e gratificante ma a volte può diventare doloroso. Bisogna essere empatici ma anche imparare a non farsi caricare troppo dai problemi e dalle situazioni altrui.

Fra i volontari non ci devono essere rivalità, tutti operano per un fine comune benché in modi diversi a seconda della mansione del momento e del carattere personale. Fra di loro ci deve essere la massima disponibilità ma anche la massima sincerità senza nessuna tensione altrimenti l'atmosfera generale ne risente e le persone invece di un aiuto trovano

frustrazione e disagio. Gli eventuali dissapori vanno risolti negli incontri periodici organizzati.

Per tutto questo ed anche molto di più i volontari vanno ripetutamente formati nel corso del tempo perché cambiano le situazioni, le necessità e loro stessi.

Se sono stanchi, se perdono l'entusiasmo, se sono demotivati non possono lavorare in serenità e vanno quindi aiutati. Ma anche chi è ancora felicemente attivo ha bisogno del gruppo in cui trovare sintonia, sostegno e informazioni, nuove o vecchie che siano.

Forse queste indicazioni sembreranno banali e ovvie, però credo sia un bene che vengano ricordate e ripetute; lo fossero pure anche in certe esecrabili situazioni che si sentono periodicamente in tv.

Con il patrocinio di:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Progetto realizzato grazie al  
contributo di Fondazione Roche



Da Marzo a Settembre 2023

# ARGENTO VIVO

Un progetto di

**SAN PIETRO IN CASALE**

**Città Amica della Persona con demenza**



ALZHEIMER  
UNITI ITALIA



CITTÀ AMICA  
DELLA PERSONA  
CON DEMENZA



## **SAN PIETRO IN CASALE** **CITTÀ AMICA DELLA PERSONA CON DEMENZA**

### **Che cos'è una Città Amica**

per le persone affette da demenza?

*E' una città che rende reale il principio dell'accoglienza a tutti i livelli, ma soprattutto verso i più fragili come sono le persone affette dalla malattia di Alzheimer o da altro tipo di demenza, una comunità dove ogni cittadino è "preparato" a conoscere e sostenere le persone malate e le famiglie. Il luogo dove la normalità nella quotidianità sia un concetto alla portata di tutti.*

### **Gli scopi della Città Amica delle Persone con demenza:**

- *Il rispetto della dignità e della libertà;*
- *La costruzione di capitale sociale (una città migliore per tutti);*
- *Una qualità di vita migliore per i malati di demenza e i loro caregiver a tutti i livelli di gravità della patologia;*
- *Un punto di ascolto sempre disponibile e senza barriere professionali;*
- *Una precisa disponibilità della città all'accoglienza nelle strade, nei servizi, nei luoghi di vita;*
- *Un aumento misurabile delle uscite di casa dei malati-caregiver;*
- *Una modificazione della qualità della vita dei caregiver;*
- *Un cambiamento della percezione della malattia da parte della comunità;*
- *Migliorare l'accoglienza nei servizi.*

*La Città Amica della Persona con demenza è una città dove si rispetta il dolore, si combatte la solitudine, si valorizza la generosità, si costruisce la cura.*

**Perché è importante sostenere** una Città Amica per le persone affette da demenza?

*Perché la persona affetta da demenza e le famiglie si sentono spesso abbandonate ed esperiscono un grande senso di angoscia e solitudine. Molto spesso sia chi assiste una persona affetta da demenza che chi è assistito si chiude entro le mura della propria casa che rischia di diventare una prigione. Una Città Amica invece mette in atto interventi affinché la chiusura non avvenga: le porte aperte garantiscono ascolto, vicinanza, dialogo, interventi di supporto sul piano clinico, psicologico, tecnologico.*

## **Le azioni da promuovere sono:**

- Consapevolezza e conoscenza del problema;
- Supporto e presa in cura appropriati;
- Sostegno di una rete coordinata;
- Formazione/Informazione delle famiglie delle persone malate;
- Trasporti più facili da utilizzare;
- Consapevolezza del progetto e della malattia da parte di operatori commerciali, impiegati, sacerdoti, scuole e tutte le altre categorie;
- Percorsi cittadini e spazi pubblici vivibili e accessibili per tutti.



*Che cos'è?*

# ARGENTO VIVO

---

*Il progetto "Argento Vivo" finanziato dalla Fondazione Roche, ha l'obiettivo di promuovere il supporto, l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone con demenza e delle loro famiglie attraverso azioni tipiche del progetto Città Amica della Persona con demenza.*

## GLI OBIETTIVI SPECIFICI SONO:

- aumentare la consapevolezza e la comprensione della comunità verso invecchiamento e demenza;*
- ridurre lo stigma sociale associato alla demenza;*
- favorire un contesto sociale vivibile, fruibile e accessibile anche dalle persone fragili e dai loro caregiver.*

*Tali obiettivi saranno raggiunti attraverso due capisaldi del progetto Città Amica della Persona con demenza: la formazione e l'inclusione sociale.*

## COSA FAREMO:

*All'interno del progetto "Argento Vivo" saranno organizzate cinque giornate dedicate ognuna ad un tema diverso.*

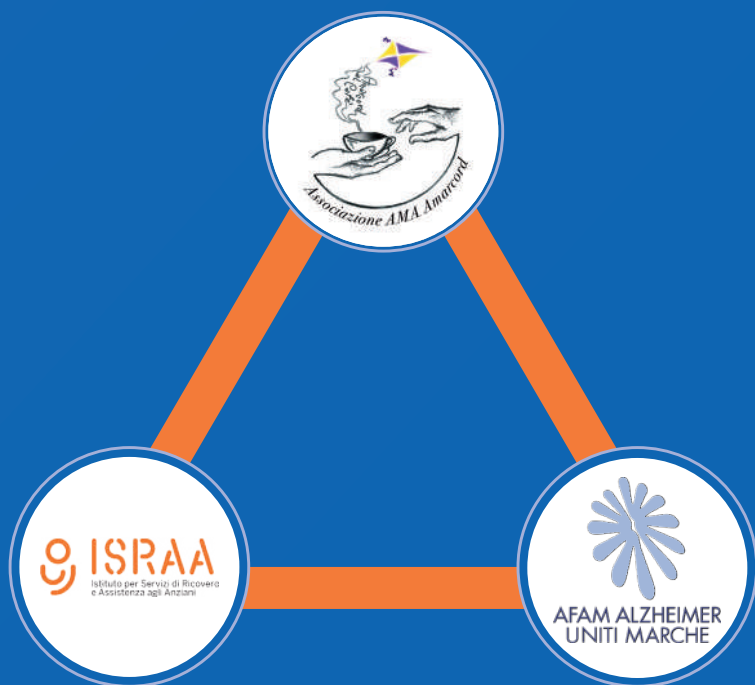
*Durante ogni giornata sono previsti due momenti: uno di formazione, dedicato ai diversi temi del benessere psicologico e dell'inclusione sociale, e uno di socializzazione, con esperienze aggregative tipiche della vita comunitaria.*

## I PARTNER:

*Il progetto prevede la collaborazione tra l'Associazione AMA Amarcord Odv di San Pietro in Casale e l'Associazione AFAM Alzheimer Uniti Marche Odv di Macerata.*

*Le due associazioni, infatti, collaborano da anni all'interno del Network Nazionale Alzheimer Uniti Italia e sono enti promotori del progetto Città Amica della Persona con demenza nei loro comuni di riferimento.*

*L'attuale collaborazione mira a rafforzare l'efficacia delle azioni proposte e propone un approccio condiviso e maggiormente strutturato degli interventi di socializzazione ed inclusione sociale delle persone anziane, fragili e/o con demenza. Inoltre, all'interno del progetto è prevista la partecipazione di ISRAA, ente di eccellenza e rilievo internazionale nel campo delle cure ed assistenza socio-sanitaria per la terza età, in qualità di ente realizzatore e promotore del progetto europeo Erasmus Plus KA220 Earlydem.*



# Le **5 GIORNATE**

*del Progetto "Argento Vivo"*

*Durante ogni giornata sono previsti due momenti di:*

**- FORMAZIONE:** *dedicato ai diversi temi del benessere psicologico e dell'inclusione sociale.*

**- SOCIALIZZAZIONE:** *attraverso esperienze aggregative tipiche della vita comunitaria.*

*Gli eventi sono aperti a tutta la popolazione e la varietà delle attività proposte permette la partecipazione di tutti: anziani, famiglie, malati, professionisti, volontari, cittadini.*

## Giornata 1



• Formazione

***"Anziano, chi è costui?"***

• Socializzazione

***"Giochi cognitivi per tutte le età"***

## Giornata 2



• Formazione

***"Demenza: niente panico"***

• Socializzazione

***"Visita al museo casa Frabboni"***

• Formazione ai ragazzi della commissione solidarietà

***"Avvicinare i giovani al mondo delle demenze"***

## Giornata 3



- Presentazione dell'App **Earlydem**

*Strumento pensato per le persone con demenza nelle prime fasi di malattia, familiari ed operatori.*

## Giornata 4



- Formazione

**“Alimentazione ed attività fisica nella prevenzione delle malattie neurodegenerative”**

- Socializzazione

**“MusicalMente insieme”**  
**“Muoversi è un piacere”**

## Giornata 5



- Formazione

**“L'importanza dell'inclusione sociale”**

- Socializzazione

**“Concerto per la collettività - Fricandò”**

Giornata di Apertura *Sabato*

**24 Marzo 2023**



Presso **Cinema Teatro Italia** – San Pietro in Casale

**Ore 17.30**

• **Accoglienza ospiti**

**Benvenuto di Maria Leggieri** *Presidente di AMA Amarcord Odv di San Pietro in Casale*

**Moderatore Mirco Vanelli Coralli** *Direttore di Distretto Città di Bologna*

**Videomessaggio del Card. Matteo Maria Zuppi**, *Arcivescovo di Bologna e Presidente della CEI*

**Ore 18.00**

• **Saluti istituzionali**

**Claudio Pezzoli** *Sindaco di San Pietro in Casale*

**Francesca Mezzetti** *Direttore del Distretto Pianura Est*

**Erika Ferranti** *Sindaco del Comune di Bentivoglio con delega alle Politiche Sociali per l'Unione Reno Galliera*

**Ore 18.15**

• **“Primi passi di San Pietro in Casale”**

**verso una Città Amica delle Persone con demenza:  
presentazione del progetto e ruolo delle Associazioni**

*Ne parla* **Manuela Berardinelli** *Presidente di Alzheimer Uniti Italia Odv*

• **Essere amichevoli: un piccolo gesto con grande effetto**

*Ne parla* **Rabih Chattat** *Professore Ordinario di Psicologia clinica presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna*



Ore 18.45

- **“Una rete Amica”**

*intervengono sul tema*

**Mariagiovanna Cozza** *Geriatra CDCD AUSL di Bologna*

**Rosanna Guttadauro** *Direttore Servizio Sociale Territoriale Area Anziani e Disabili dell'Unione Reno Galliera*

**Michele Zoboli** *Medico di Medicina Generale, Casa della Salute San Pietro in Casale Galliera*

**Rappresentanti delle Categorie**

Ore 19.10

- **Percorso del progetto Argento Vivo: conclusioni e invito agli eventi**

*Ne parla* **Marisa Menghini** *Psicologa*

Ore 19.30

- **Aperitivo presso il Bar Italia**



Giornata 1

Venerdì  
**31 Marzo**  
**2023**

**Dalle 15.00 alle 18.00**



Presso **Centro Ricreativo e Culturale E. Faccioli di San Pietro in Casale**

· *Formazione*

## **Anziano! Chi è costui?**

*Incontro riguardante i temi dell'anzianità e dell'invecchiamento sano e consapevole.*

Conduce la **Dott.ssa Mariagiovanna Cozza**, Geriatra del CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze) della AUSL di Bologna.

· *Socializzazione*

## **Giochi cognitivi per tutte le età**

*Momento ricreativo per mettersi tutti alla prova con giochi per allenare la mente e mantenerla in forma, a tutte le età.*

Conduce l'incontro la **Dott.ssa Marisa Menghini** con la collaborazione dei volontari dell'associazione AMA Amarcord Odv.



### **È utile sapere che...**

La stimolazione cognitiva tramite il gioco è un metodo utile a mantenere il cervello attivo e a limitare il decadimento delle funzioni cognitive necessarie allo svolgimento di attività quotidiane.

Giornata 2

Venerdì

**21 Aprile**  
**2023**

Dalle 15.00 alle 18.00



Presso **Museo Casa Frabboni**

**Via Giacomo Matteotti, 169 - San Pietro in Casale**

· *Formazione*

## ***Demenza: niente panico!***

*Incontro riguardante il tema delle demenze e della convivenza con esse.*

**Conduce la Dott.ssa Mariagiovanna Cozza** Geriatra del CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze) della AUSL di Bologna.

*Rivolto in particolare ad utenza, familiari e caregivers.*

· *Socializzazione*

## **Museo Casa Frabboni**

*Visita al Museo archeologico*

Con la **Dott.ssa Marisa Menghini**, esperti del museo e volontari dell'associazione **AMA Amarcord Odv**.

### ***È utile sapere che...***

*L'ingresso ad un museo accessibile da parte di una persona con demenza, è utile non solo ad abbattere stereotipi e luoghi comuni, ma anche a sostenere politiche di invecchiamento attivo e di contrasto all'isolamento e alla chiusura. Questi luoghi promuovono contatto, interazione, comprensione, ricordo e comunicazione: tutti elementi essenziali e protettivi in merito a diverse tipologie di deficit cognitivo.*



Giornata 2

Lunedì

# 15 Maggio 2023

Dalle 17.30 alle 19.00



Presso **Scuole Medie Bagnoli**  
**Via Massumatico 67 - San Pietro in Casale**

· *Formazione ai ragazzi della commissione solidarietà*

## **Avvicinare i giovani al mondo delle demenze**

*Incontro con i ragazzi della commissione solidarietà,  
conduce la **Dott.ssa Marisa Menghini**, per avvicinare anche  
i giovani ai temi dell'invecchiamento e delle demenze.*



### **È utile sapere che...**

*Avvicinare i giovani al mondo delle demenze significa non solo informarli consapevolmente, ma anche condurre una lotta allo stigma che è giusto che cominci proprio tra loro. Piccoli grandi passi nella promozione di una società più inclusiva e di una miglior qualità della vita.*

Giornata 3

Venerdì

# 28 Aprile

## 2023

Dalle 16.00 alle 18.00



Presso **Centro Ricreativo e Culturale E. Faccioli**  
**Via Giuseppe Massarenti, 10 - San Pietro in Casale**

• *Presentazione*

## **App EarlyDem**

**a cura della Dott.ssa Silvia Vettor**

*L'obiettivo principale del progetto EARLYDEM è il miglioramento della formazione dei caregiver formali e informali delle persone anziane attraverso lo sviluppo di una piattaforma di e-learning aperta e interattiva. Questa piattaforma servirà come strumento per favorire la capacità di identificazione precoce della demenza e per insegnare ai caregiver ad agire come fattori di stimolo per contribuire ad una diagnosi tempestiva. Il processo diagnostico e il tempo di diagnosi possono essere sostanzialmente migliorati coinvolgendo i caregiver formali/informali come fonte di supporto nelle fasi iniziali della demenza.*

### **A chi è rivolto?**

*A tutti i caregiver, assistenti formali/informali e professionisti dell'assistenza socio-sanitaria. Tra i potenziali beneficiari indiretti del progetto ci sono tutti quei professionisti che hanno contatti con le persone anziane e possono contribuire positivamente a rilevare segni e sintomi capaci di effettuare una diagnosi tempestiva di demenza (es. agenti di polizia, vigili del fuoco, impiegati, ecc.).*



### **È utile sapere che...**

*Questa piattaforma servirà come strumento per favorire la capacità di identificazione precoce della demenza, coinvolgendo attivamente i caregiver come fonte essenziale di supporto.*



Giornata 4

Mercoledì

# 10 Maggio

## 2023

**ore 20.30**



Presso **Centro Ricreativo e Culturale E. Faccioli**  
**Via Giuseppe Massarenti, 10 - San Pietro in Casale**

· *Formazione*

## **Alimentazione ed attività fisica nella prevenzione delle malattie neurodegenerative**

*Evento in collaborazione con Family Academy.*

*Incontro volto ad illustrare i benefici del cibo, del mangiare bene e dell'attività fisica come fattori protettivi per le malattie neurodegenerative, quali le demenze.*

---

Conduce il **Dott. Pierluigi De Pascalis**, Nutrizionista.



### **È utile sapere che...**

*Un'alimentazione sana e bilanciata e una regolare attività fisica influiscono positivamente sulle nostre funzioni cognitive, aiutando nella prevenzione di alcune forme di demenza. È dunque importante conoscere le regole di una corretta alimentazione e attività fisica per mantenere in salute corpo e mente!*

Giornata 4

Venerdì

# 19 Maggio

## 2023

Dalle 09.00 alle 11.30



Presso Il Giardino dei Ciliegi della Parrocchia dei  
SS. Pietro e Paolo di San Pietro in Casale

· Socializzazione

## **MusicalMente insieme**

*Incontro di musicoterapia con anziani e bambini della  
classe 4A della scuola primaria R. L. Montalcini.*

Condotta dalla Musicoterapeuta

**Barbara Tarozzi (Suor Maddalena)**

con la collaborazione dei volontari dell'Associazione  
AMA Amarcord Odv.



### **È utile sapere che...**

*La capacità musicale nelle persone con demenza  
è fra le ultime a subire compromissioni: le melodie  
diventano così fruibili da tutti, e in particolare  
rievocare musiche e motivi che sono state le colonne  
sonore della propria vita, aiuta a riattivare ricordi,  
emozioni e sensazioni apparentemente sopite.*

Giornata 4

Mercoledì

# 7 Giugno

## 2023

Dalle 15.00 alle 17.00



Presso **gli spazi all'aperto della Casa della Salute di San Pietro in Casale – Via Asia, 61**

· *Socializzazione*

## **Muoversi è un piacere**

*Obiettivo del progetto “Datti una mossa!” dell’ Azienda USL di Bologna.*

Conducono **Gerardo Astorino, Sonia Arduini, Olmo Pesci e Mauro Vitiello.**

*Nel corso dell’incontro verranno forniti anche materiali utili per l’esecuzione di esercizio fisico a casa.*



### **È utile sapere che...**

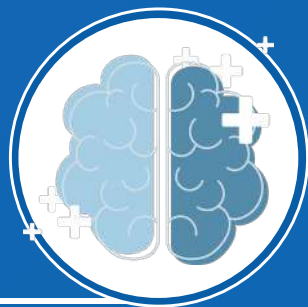
*L'attività fisica costante, come può essere una salutare passeggiata o esercizi fisici, dimostrano essere un importante fattore protettivo contro le demenze: rappresentano dunque un'ottima strategia non farmacologica per la prevenzione o il rallentamento del decorso.*

Giornata 5

Venerdì

**23 Giugno**  
**2023**

**Dalle 20.30**



Presso **Piazza dei Martiri - San Pietro in Casale**

· *Formazione*

## **L'importanza dell'inclusione sociale**

Intervento del **Prof. Rabih Chattat** - Professore Ordinario UNIBO - sull'importanza dell'inclusione sociale di persone fragili e/o con demenza, e del ruolo attivo e partecipativo della città amica. Partecipazione all'interno di AEMILIANA – evento Fricandò.

· *Socializzazione*

## **Concerto per la collettività**

Evento Fricandò all'interno del programma AEMILIANA



### **È utile sapere che...**

L'inclusione e il coinvolgimento sociale delle persone con demenza aiuta nel mantenimento del benessere e influenza positivamente l'umore. Le relazioni interpersonali assumono così un ruolo chiave come possibile fattore di prevenzione e rallentamento della condizione, nonché di riduzione e abbattimento di stereotipi annessi.

*Giornata di chiusura*

*Venerdì*

# 15 Settembre 2023

**Ore 20.30**



La camminata partirà da **Piazza dei Martiri**  
con arrivo al **Centro Sportivo E. Faccioli – San Pietro in Casale**

*· Socializzazione*

## ***Muoviamoci insieme... fermiamo l'Alzheimer***

*Camminata Notturna tutti insieme in occasione del mese  
mondiale dell'Alzheimer.*

*Relazioni degli esperti formatori sui risultati delle azioni  
realizzate durante il percorso "Argento Vivo".*

*A conclusione*

### ***Intrattenimento musicale e crescentine.***







Dona il tuo  
**5x1000**

ad  
**ASSOCIAZIONE  
AMA AMARCORD ODV**

**Con il tuo 5xmille sostieni:**

- Il progetto "San Pietro in casale: Città Amica della Persona con demenza"
- I caffè Alzheimer (Amarcord al Cafè)
- La formazione alle famiglie
- Il telefono amico attivo tutti i giorni in risposta ai bisogni di malati e famiglie
- Le iniziative di sensibilizzazione/informazione sul tema demenza
- Musicoterapia
- Memory Training
- Informazione e sostegno ai familiari
- Laboratori di stimolazione cognitiva

**Nella Dichiarazione dei Redditi, 730 o modello Unico**

nello spazio destinato al sostegno del volontariato firma e indica nello spazio sottostante il codice fiscale di AMA Amarcord Odv.

Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c.1 lett. a) del D.Lgs. n. 460 del 1997

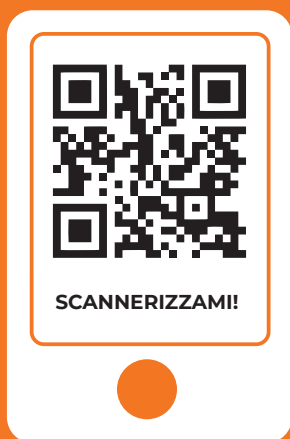
FIRMA

*Mario Rossi*

Codice fiscale del  
beneficiario (eventuale)

**91267880374**

Per vedere il video della  
Città Amica della Persona con demenza



*La pianificazione condivisa delle  
cure e l'accompagnamento nel fine  
vita*



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATEr  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

## Rete delle Cure Palliative Adulto 4 dicembre 2024

### **Fine vita e cure palliative a favore delle persone affette da deterioramento cognitivo**

**fabrizio moggia**

**Dirigente delle Professioni Sanitarie – Area Infermieristica**

**DATEr – Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto negli anni le seguenti definizioni:

*“Le Cure Palliative sono l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (cure)*

*E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle Cure Palliative (CP) è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i Pazienti e per le loro famiglie.*

*Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia ”*

( OMS, 1990)

«un approccio in grado di migliorare la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale» ( OMS, 2018).





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

“La cura palliativa è la cura globale attiva, dei pazienti la cui patologia non risponde più ai trattamenti. Il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è prioritario.

La cura palliativa è interdisciplinare nell’approccio e nei suoi scopi comprende il paziente, la famiglia e la comunità. In qualche senso, la cura palliativa è un ritorno all’offerta del concetto fondativo della cura – e dunque provvede ai bisogni del paziente ovunque ne abbia bisogno, in casa come in ospedale.

La cura palliativa afferma la vita e considera la morte come un processo normale; non accelera né pospone la morte. Ed il suo scopo è preservare la migliore qualità di vita possibile, fino alla fine.”

(1998 - EAPC: Definition of Palliative Care)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

# PALLIATIVO ?



Dal termine latino *pallium*.

Il *pallium* era il mantello utilizzato dai pellegrini nel corso dei loro viaggi verso i santuari, per proteggersi dalle intemperie.

Analogamente le cure palliative hanno lo scopo di proteggere il malato nella sua globalità di persona, nel viaggio dell'ultimo tratto della vita.

Da *hospes*, forestiero e quindi *ospite*.

Ospitalità : atteggiamento di fraterna accoglienza e di rispetto che veniva riservato all'ospite ancorchè sconosciuto.

Rapporto di ospitalità – rapporto di parentela- rapporto sacro

Da *hospes* , *hospitium* il luogo dove “...il pellegrino , in un viaggio da un luogo verso un altro, veniva accolto, nutrito, preso in cura, onorato”, metaforicamente protetto dal *pallium*



"Palliative medicine is only part  
of palliative care: 50%.  
The other 50% is the holistic  
approach. Both make up  
palliative care."

Ventafrida (2000)  
EAPC, Berlin



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo



***LEGGE 15 marzo 2010, n. 38***

***Disposizioni per garantire l'accesso  
alle cure palliative e alla terapia  
del dolore***





## Legge 38 - 15 Marzo 2010

1. Sottolinea la specificità delle cure palliative, che è **presa in carico globale della persona e della famiglia**, sottolineando la necessità che **più professionalità e più servizi**, lavorino insieme al servizio del malato
2. viene evidenziata la **distinzione tra “cure palliative” e “terapia del dolore” e quindi tra le due reti**
3. tutela il diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore del **malato non solo oncologico e non solo adulto**
4. la legge cerca di ovviare ai finanziamenti contenuti con l'indicazione forte a che per Le Regioni i **Programmi di Cure Palliative/Hospice siano considerati prioritari**
5. vengono promosse campagne di informazione/comunicazione/formazione ai cittadini che permettano di scalfire e superare i pregiudizi
6. viene attivato un **monitoraggio** sulle regioni per verificare lo stato di sviluppo delle due reti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

## Legge 38 - 15 Marzo 2010

7. dovranno essere **individuare le professioni con specifiche competenze ed esperienze** nel campo delle Cure Palliative e della terapia del dolore
8. dovranno inoltre essere individuati **i requisiti minimi di accreditamento** degli Hospice (presenti oggi solo in alcune regioni tra cui l'ER)
9. definisce **l'obbligo di registrare sulla cartella clinica l'intensità del dolore e la risposta alla terapia.**
10. dovranno individuare dei criteri generali **per percorsi formativi specifici** di Cure Palliative e di terapia del dolore e definire i criteri per l'istituzione di Master.
11. **Semplificazione** delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

# **ACCORDO STATO-REGIONI**

## **25 LUGLIO 2012**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo



## *LEGGE* n. 219 del 2017

- ✓ Consenso Informato
- ✓ Disposizioni Anticipate di Trattamento
- ✓ Pianificazione Condivisa delle Cure



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

# Le traiettorie di malattia





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  
Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

## Proporzione delle cause di morte/anno (su 20 decessi/MMG/anno)

■ Cancro

■ Insuff. Croniche

■ Fragilità+Comorbidità+Demenza

■ Morte improvvisa inattesa



## Traiettorie di malattia



Bertolissi S, Miccinesi G, Giusti F. Come si muore in Italia. Storia e risultati dello studio Senti-MELC. Rivista SIMG 2012; 2: 17 – 34



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

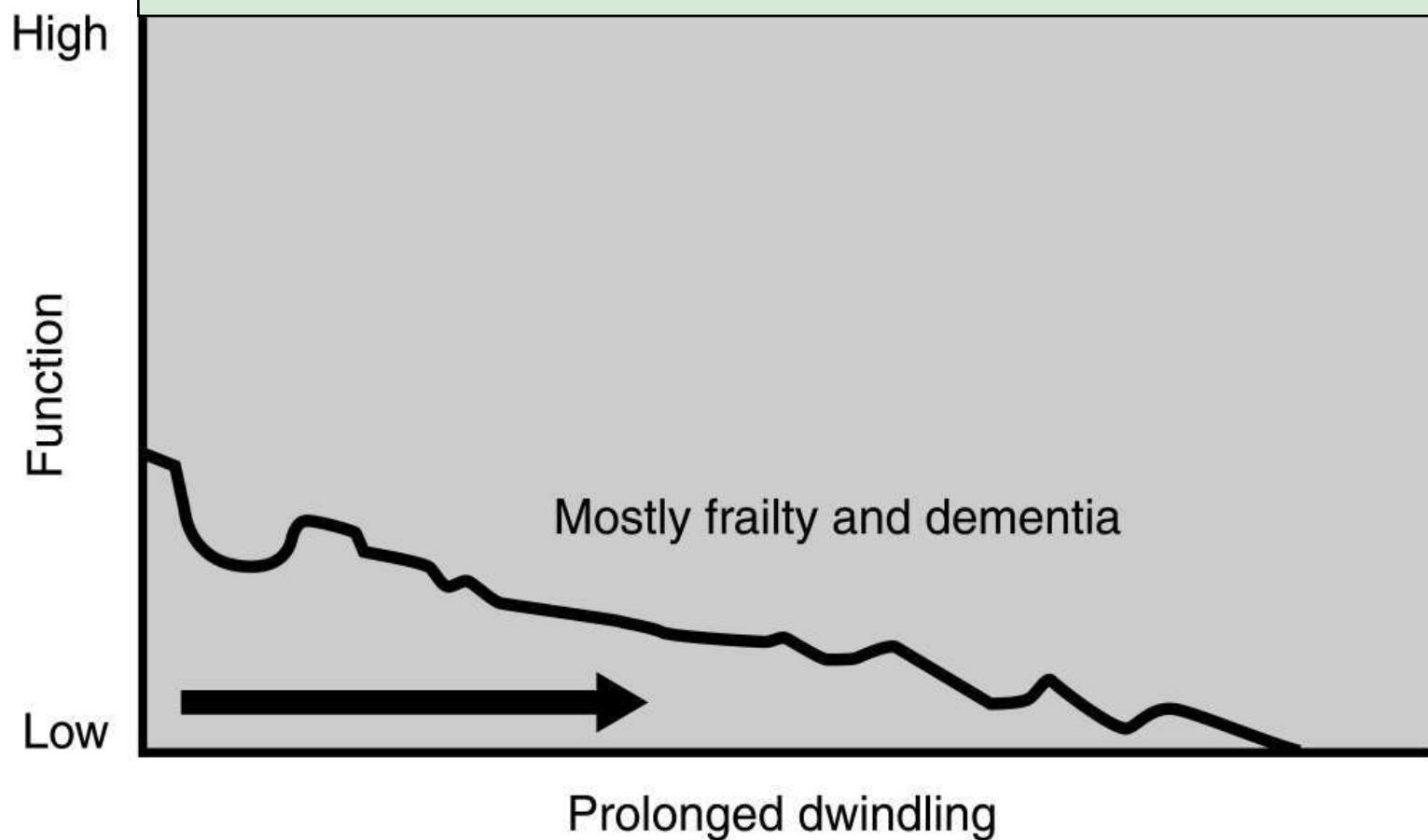
Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

### Traiettoria tipica di una malattia causata da demenza e grande fragilità



# On Death and Dying

What the dying have  
to teach doctors, nurses, clergy,  
and their own families



"A profound lesson for the living." —*Life*

Elisabeth  
Kübler-Ross, M.D.

By the author of *The Wheel of Life*

to delle Scienze Neurologiche  
o di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ER

agement Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

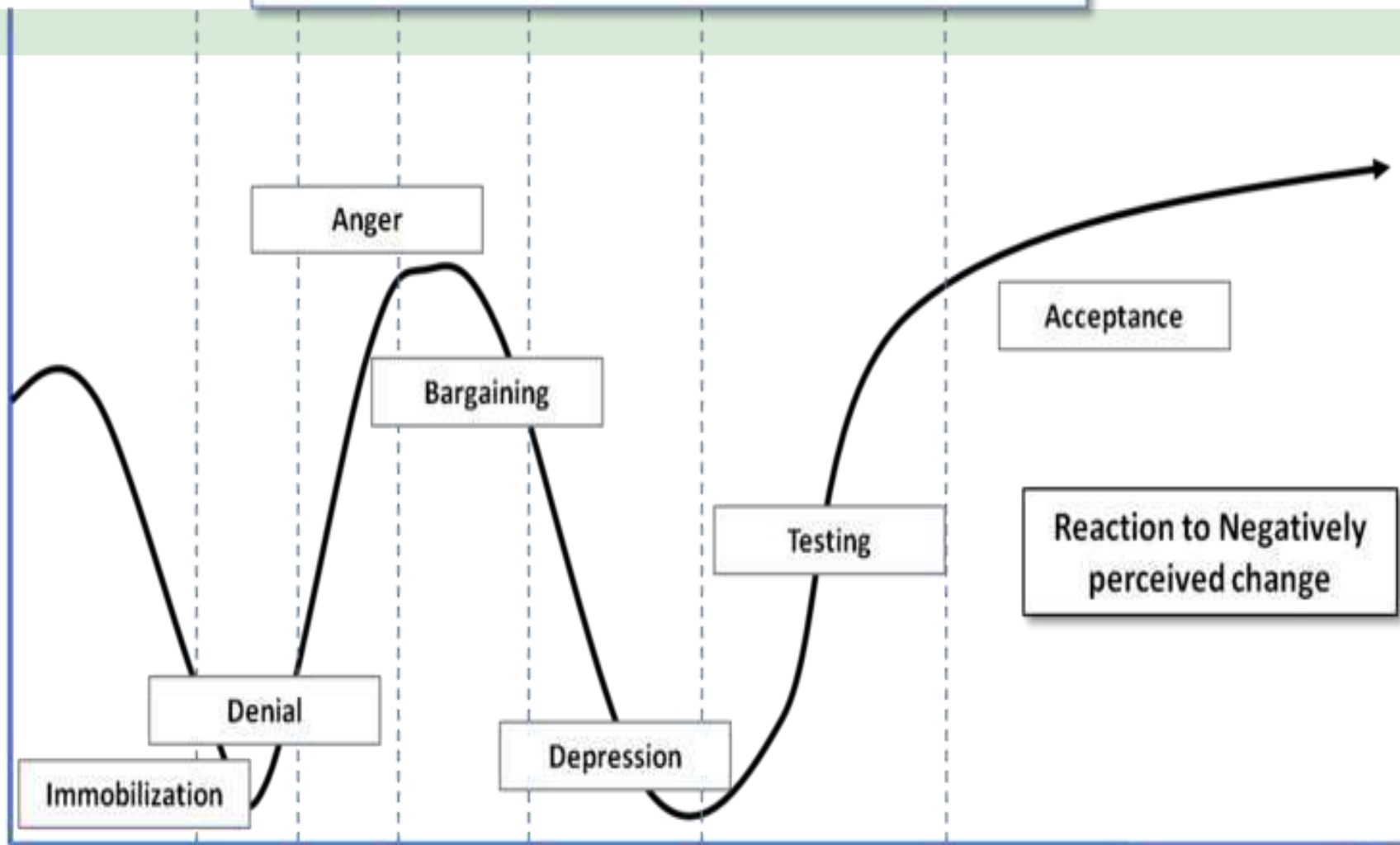
Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo





# Negatively Perceived Change

emotional response / pessimism





## Dinamiche psicologiche: le cinque fasi della KüblerRoss

- **Negazione o Rifiuto**

E' una difesa che diventa sempre più debole con il progredire della malattia

- **Rabbia**

Manifestazioni di forti emozioni: rabbia, paura, che esplodono in tutte le direzioni

- **Patteggiamento**

Ripresa del controllo della propria vita cercando di riparare il riparabile

- **Depressione**

Momento in cui inizia la consapevolezza delle perdite connesse alla malattia

- **Accettazione**

E' l'accettazione della propria condizione con la consapevolezza di quanto sta per accadere





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  
Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

**Sorgente somatica**

**Depressione**

***DOLORE  
TOTALE***

**Ansia**

**Rabbia**



## Sorgente somatica

È il dolore

È la nausea

È il vomito

È l'astenia

È la dispnea

È l'occlusione intestinale

È la ritenzione acuta urinaria



# Depressione

È la perdita di ruolo

In famiglia

Nel lavoro

Nella società

È la perdita del controllo del proprio corpo

È l'umiliazione della perdita del controllo degli sfinteri

È la perdita degli orari

È la perdita del proprio nome

È la dipendenza da altri

È il senso di abbandono

E' l'immagine del sé modificato, nell'aspetto e nelle reazioni

È il timore della verità negata



## Rabbia

È l'amara constatazione del fallimento terapeutico

È la difficoltà burocratica

È la mancanza di visite da parte degli amici

È l'irreperibilità del personale sanitario

È il diverso atteggiamento dei familiari e degli amici

È la dipendenza da altri

È il senso di impotenza

È la paura della verità negata



## Ansia

È la paura del dolore

È la paura dell'abbandono

È la paura della perdita di dignità

È la preoccupazione di difficoltà finanziarie

È la preoccupazione per la famiglia

È la paura dell'irreperibilità del medico e  
dell'infermiere

È l'incertezza sul futuro

È l'inquietudine spirituale

È la paura della verità negata





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATEr  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

## **La gestione dei sintomi somatici è fondamentale**

### **di cui è necessario sapere:**

- le modalità di comparsa
- le scale di misurazione
- gli interventi possibili
- le opzioni terapeutiche
- le modalità di valutazione dell'intervento
- la rimodulazione dell'intervento

Anoressia  
Ansia  
Ascite  
Astenia  
Cachessia  
Depressione  
Diarrea  
Disfagia  
Dispnea  
Edemi  
Edema polmonare acuto  
Emoftoe  
Emorragia massiva  
Fistolizzazioni  
Ittero  
Mucositi  
Nausea  
Ostruzione delle vie aeree  
Occlusione intestinale  
Ostruzione urinaria  
Prurito  
Rantolo terminale  
Sindrome mediastinica  
Singhiozzo  
Stipsi  
Tenesmo  
Tosse  
Versamento pericardico  
Versamento pleurico  
Vomito



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

....ma le cure palliative vanno oltre alla  
gestione dei sintomi somatici

.....

sono alla ricerca di ciò che prioritario è  
per *quella* persona, alla luce del *suo*  
concetto di qualità di vita, in *quella*  
famiglia o contesto di rete di relazioni



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

# Sul dolore



## VALUTAZIONE DEL DOLORE

### SCALA PAINAD

	0	1	2
<b>RESPIRO</b> (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
<b>VOCALIZZAZIONE</b>	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
<b>ESPRESSIONE FACCIALE</b>	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
<b>LINGUAGGIO DEL CORPO</b>	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
<b>CONSOLABILITA'</b>	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

**Punteggio:**

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

**Su cosa possiamo intervenire e come  
possiamo intervenire con il modello  
assistenziale per lenire la sofferenza?**





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

## PERDITA DI RUOLO

Al Paziente va riconosciuto il ruolo professionale  
avuto nella società

## PERDITA del PROPRIO NOME

Per essere riconosciuto nella sua unicità



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

## DISAGIO DELLA PERDITA DEGLI SFINTERI

Personale attento e formato all'utilizzo di tutti gli  
strumenti propri della comunicazione NON verbale



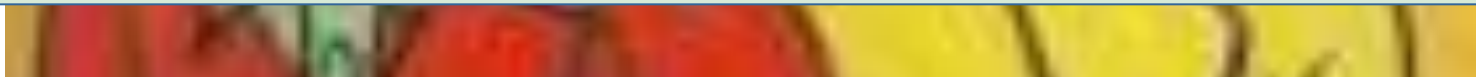
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  
Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

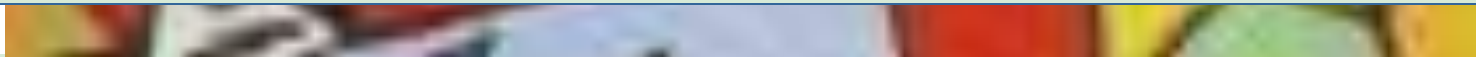
Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo



“.....non c'è più nulla da fare.....”



“.....c'è molto da fare.....”





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
**Rete delle Cure Palliative 2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

# La Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Integrazione  
UOC Rete delle Cure Palliative dr.ssa Valenti

**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DATeR  
Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative: dr. Moggia

Corso di Formazione  
Rete delle Cure Palliative **2024**  
Fine vita e cure palliative a favore  
delle persone affette  
da deterioramento cognitivo

# MODULO UNICO DI ATTIVAZIONE:

- Ambulatori
- Consulenze
- Colloquio famigliari
- Ricovero Hospice

<small>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</small>	<small>ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</small>	<small>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</small>
<b>MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE RETE CURE PALLIATIVE (Ambulatori/Consulenze/Hospice)</b>		<b>Mod 01-INT Allegato 3-P043AUSLBO</b>

**Alla Responsabile  
della Rete delle Cure Palliative  
dell'Azienda AUSL di BOLOGNA**  
Dott.ssa Daniela Valenti  
curepalliative.rete@ausl.bologna.it  
Fax : 0514966150; Tel : 0516225652

Sig.ra/Sig.....  
nata/o a .....  
residente in ..... Via .....  
Tel..... Cell..... AUSL di appartenenza .....  
Con diagnosi .....  
condizioni attuali .....

- ☐ Attualmente ricoverata/o presso l'Ospedale  
di ..... Reparto ..... dal .....  
☐ Attualmente assistito presso il proprio domicilio  
☐ Già seguita/o dal Servizio Ambulatoriale di Cure Palliative: .....

**Cognome, Nome, n° telefono (CELLULARE informazione indispensabile)  
e grado di parentela del familiare da contattare e informato della richiesta:**

- ☐ VISITA DI PRESA IN CARICO AMBULATORIALE  
☐ COLLOQUIO CON I FAMILIARI ☐ CONSULENZA IN REPARTO  
☐ CONSULENZA AL DOMICILIO  
☐ RICOVERO IN HOSPICE  
☐ Il paziente avrà verosimilmente bisogno dell'Hospice

Inviare documentazione clinica: fax 0514966150 E-Mail: curepalliative.rete@ausl.bologna.it

**Il componente dell'équipe (Medico, Infermiere, Psicologo) proponente:**

Dott. ....  
(firma leggibile e timbro)

Tel. .... Cell. ....

Richiesta inviata in data .....



.....*"Marie sterminatamente piangenti.."*

**Grazie dell'attenzione!**

*"Il compianto", Nicolò dell'Arca, 1463  
Santuario Santa Maria della Vita, Bologna*

[www.scultoradell'arte.com](http://www.scultoradell'arte.com)



# La Pianificazione Condivisa delle Cure e l'accompagnamento al fine vita

***«Le Cure Palliative iniziano quando inizia la sofferenza del malato e dei familiari» E. Bruera***



## TRIGGER POINT

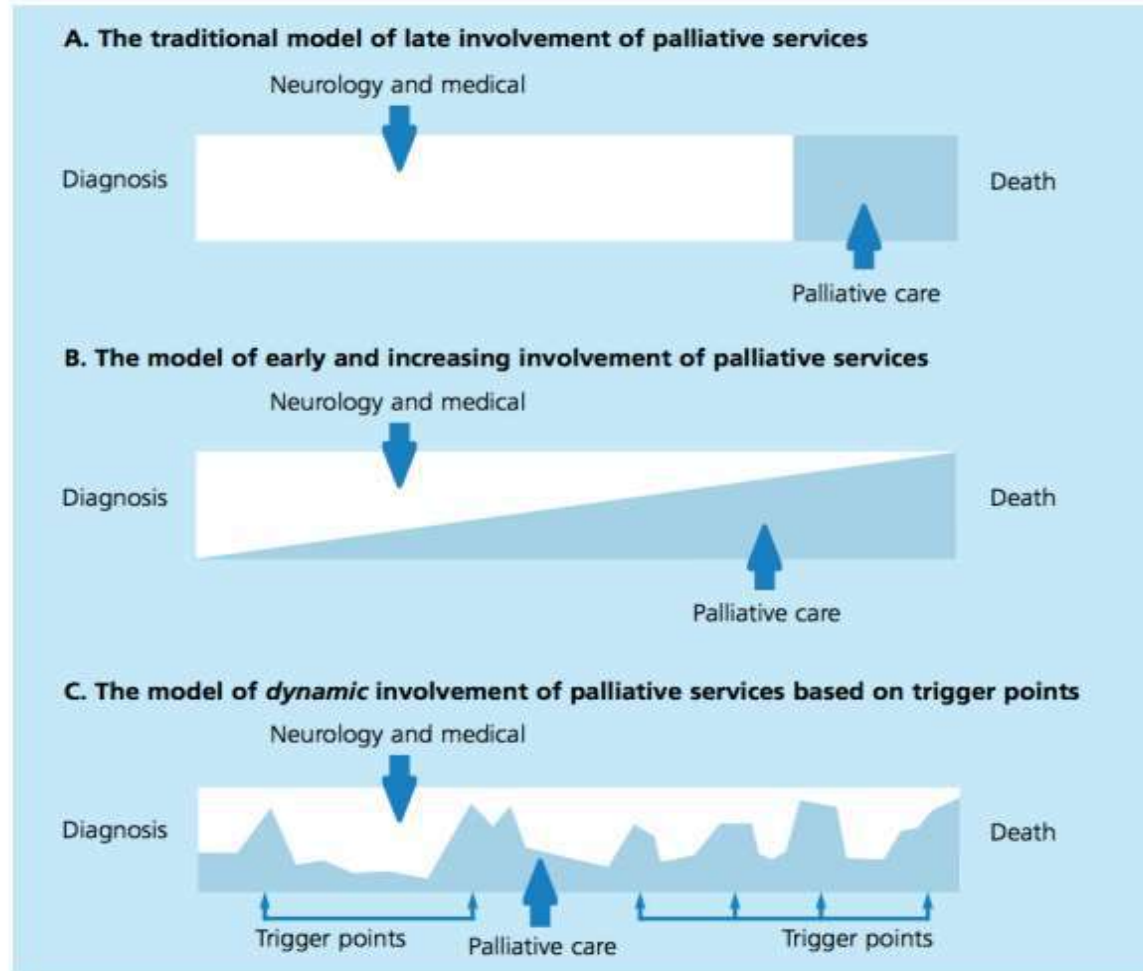


Fig.1. Modelli di intervento delle CP. (Fonte: NCPC 2011)

- ✓ Comunicazione della diagnosi
- ✓ Disturbi cognitivi
- ✓ Peggioramento condizione generale e aumento dipendenza nelle ADL
- ✓ Possibile indicazione alla nutrizione enterale
- ✓ Comparsa di deficit della comunicazione
- ✓ Temi di fine vita
- ✓ Presenza di sintomi non controllati
- ✓ Caregiver burden



## A proposito di qualità di vita nell'anziano

Da oltre un decennio il concetto di **qualità di vita** è stato abusato e in alcuni contesti (es. nell'industria commerciale) addirittura distorto



Se chiedessimo a un anziano con pluripatologie di descriverci la sua qualità di vita molto probabilmente **non focalizzerebbe l'attenzione** sui soli fattori che hanno una connessione con l'assistenza sanitaria, ma ci parlerebbe di qualità dei rapporti interpersonali, del senso della vita e della propria vita, di sicurezza...

le prospettive possono modificarsi in base alle circostanze e metterci in condizioni di sperimentare una qualità di vita accettabile o all'opposto intollerabile che in altri momenti avremmo definito diversamente

**...oltre la qualità il senso della vita**



## Cosa dice la legge 22 dicembre 2017 n°219

### ART. 4

#### *(Pianificazione condivisa delle cure)*

- 1. Nella relazione tra medico e paziente di cui all'articolo 1, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico è tenuto ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.**
- 2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia, sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare a proposito del possibile evolversi della patologia in atto, di quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, delle possibilità cliniche di intervenire, delle cure palliative.**
- 3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto indicato dal medico, ai sensi del comma precedente, e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.**
- 4. Il documento scritto, o video registrato, è sottoscritto o validato dal paziente e dal medico curante e inserito nella cartella clinica o nel fascicolo sanitario elettronico e ne viene data copia al paziente. Il documento di pianificazione delle cure può essere sempre modificato dal paziente.**
- 5. Per quanto riguarda tutti gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3.**





## A proposito di PCC

La **PCC** è un percorso e uno strumento fondamentale che permette alla Persona malata **di mantenere il controllo sul proprio corpo e sulla propria vita**, adattandosi continuamente a nuove situazioni in cui invece il corpo, e per alcune patologie anche la mente, perdono forma e definizione

Caratteristiche importanti di un processo complesso e delicato come la PCC sono la **familiarità e la fiducia negli operatori sanitari**

**Non come vorrei morire, ma come vorrei vivere fino alla fine della mia vita**

Infatti la PCC dovrebbe includere la **sfera fisica, sociale, spirituale e psicologica**

**Il lungo decorso, con la progressiva riduzione delle capacità decisionali, rende particolarmente complessa la pianificazione condivisa delle cure**

Da una parte, infatti, la registrazione di direttive **molti anni prima** viene spesso evitata sia dai professionisti sanitari che dai pazienti e dai loro familiari (Ryan et al., 2017);

dall'altra una pianificazione troppo anticipata **potrebbe mettere in dubbio** l'attualità delle volontà espresse quando non riverificate periodicamente

All'opposto, tuttavia, chi si occupa della valorizzazione delle preferenze dei malati, e cerca per questo di favorire la conversazione che ne consenta la condivisione, sostiene che

***è sempre troppo presto, finché non diventa troppo tardi***

(The Conversation Project, 2017)

**A proposito di PCC**



Pixabay



Ma allora perché **abbiamo difficoltà a parlarne** quando ancora le persone potrebbero esprimere il loro concetto di qualità di vita, di dignità, discutere delle loro scelte, delle preferenze?

Alcuni pensano che la L217/19 riguardi solo chi ha ricevuto una diagnosi di malattia a prognosi infausta a breve

Ma se anche così fosse, (ma non lo è!) perché alle Persone che ricevono diagnosi di demenza è precluso il diritto di autodeterminarsi?

Perché, **come sanitari e familiari, continuiamo a procrastinare** l'inizio del processo di PCC fino al momento in cui queste Persone non sono più capaci di esprimere e di agire consapevolmente le proprie volontà, costringendosi così a parlare solo con i familiari?

**A proposito di PCC**



deep Bhullar

## A proposito di PCC

Troppo volte incontriamo familiari che si sono sentiti soli, schiacciati dalla responsabilità di ricostruire le volontà del loro caro, attanagliati dal dubbio di poter commettere un errore irreparabile.

Considerando il progressivo incremento del numero delle Persone che saranno affette da demenza, la loro assistenza, dovrebbe essere proattiva, per **concentrarsi sul vivere e morire bene** e includere la PCC e che non dovrebbe occuparsi solo delle preferenze di fine vita.

E porre per tempo almeno il tema della nomina del **fiduciario**

Sicuramente alcune persone non vogliono parlare del futuro e vivere un giorno alla volta gli operatori sanitari spesso hanno dubbi, convinzioni molto diverse riguardo al tempo in cui iniziare la discussione sulla PCC e diversi concetti su di ciò che la PCC comporta





Una ricerca qualitativa condotta nei Paesi anglosassoni ha dimostrato che pazienti con demenza e i loro familiari preferiscono di gran lunga *una pianificazione informale delle cure*, mentre un eccesso di formalizzazione delle indicazioni può al contrario essere percepito come uno stile professionale disumano (Ryan et al., 2017).

Occorre inoltre ricordare che, al contrario di quanto avviene nel mondo anglosassone e nei Paesi nord-europei, oltre l'80% delle persone con demenza *vive al domicilio* in relazione più o meno stretta con i familiari e che solo nelle fasi avanzate della malattia il ricorso alla istituzionalizzazione diviene frequente.

## A proposito di PCC





## A proposito di PCC

Dati recentemente raccolti su persone con demenza assistite a domicilio, che nella grande maggioranza dei casi avevano nominato il loro fiduciario, hanno mostrato che una buona discussione anticipata delle preferenze tra paziente, medico e familiare si associa sia ad un'assistenza più aderente ai desideri del paziente che ad una migliore accettazione della malattia da parte del *caregiver* (Givens et al., 2018).



thirdman



## A proposito di PCC

Una problematica ulteriore è quella posta dalle situazioni di acuzie clinica, in cui la Persona anziana può sperimentare improvvisi e significativi peggioramenti delle sue prestazioni cognitive e funzionali (come nei quadri di delirium), che la pongono in condizione di non poter esprimere pienamente il suo consenso alle cure.

In questi casi si invoca spesso lo stato di necessità.

Quante decisioni di contenere la persona ammalata (sia con mezzi fisici che farmacologici) sono assunte per assecondare il desiderio di altri? E' necessario ricordare che, in questi casi, la Persona non può essere totalmente escluso dal processo decisionale, ma di volta in volta il quadro clinico deve essere monitorizzato per cogliere gli spazi di autonomia e di libertà che man mano si manifestano



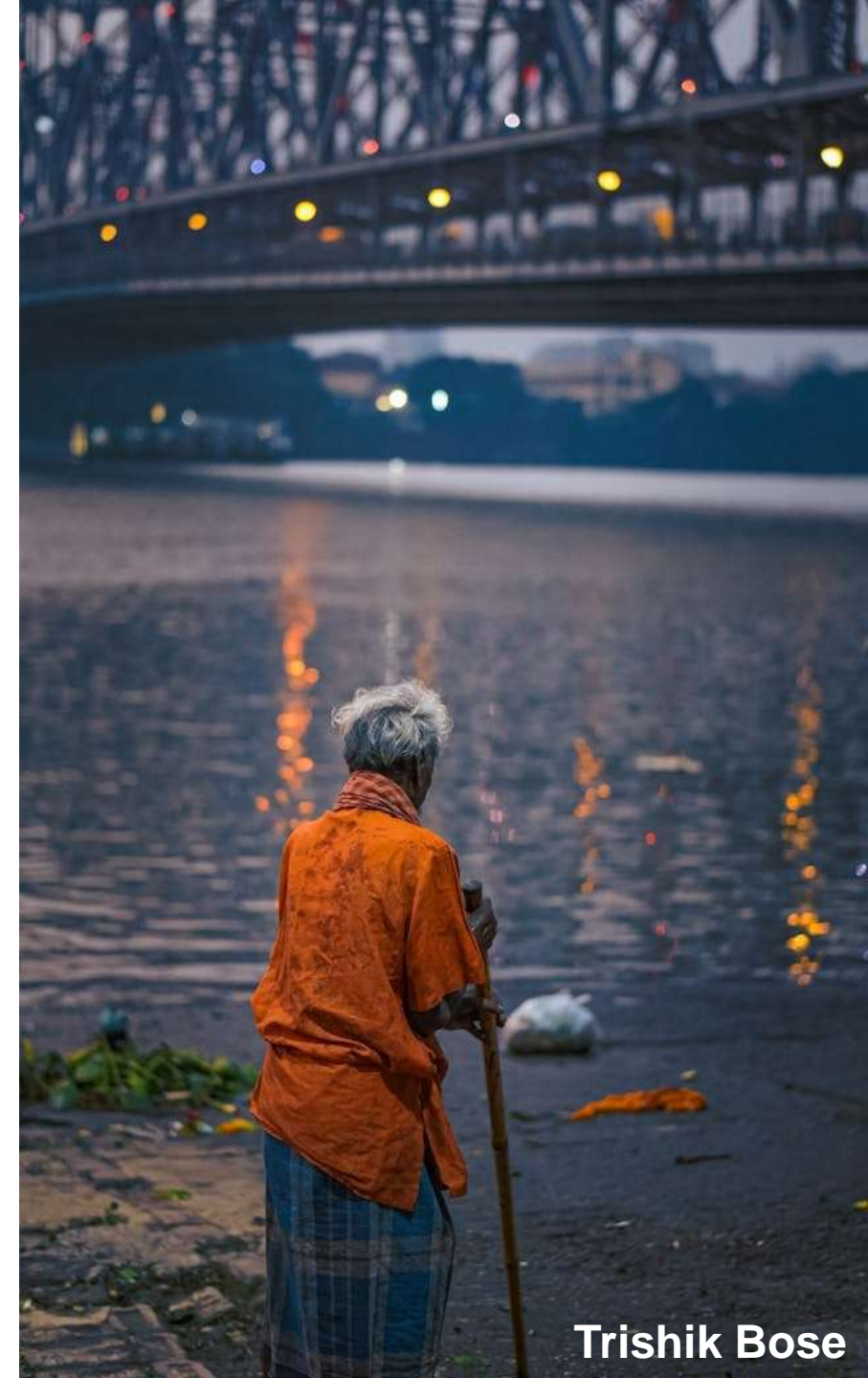
## A proposito di PCC

***Ma quali possono essere i fattori barriera per iniziare precocemente un processo di PCC?***

*Timing...E' sempre troppo presto finché non diventa troppo tardi...*

mancanza di tempo per affrontare le tematiche  
(in netta contrapposizione a quanto scritto  
nella legge 219/2017 relativo al tempo di cura)

assenza di reti locali in cui la multidisciplinarietà  
e la condivisione dei percorsi siano un requisito  
e pilastro fondamentale con professionisti  
che abbiano competenze specifiche cliniche,  
organizzative, etiche e di biodiritto.







## A proposito di PCC

***Ma quali possono essere i fattori barriera per iniziare precocemente un processo di PCC?***

familiari che tendono a **proteggere il malato da informazioni gravi e da situazioni potenzialmente angoscianti** e questo può generare ostacoli a un'informazione realistica del malato sulla gravità e sulle possibili evoluzioni future condizione **con lo scopo di proteggere il malato dalla sofferenza per la sua reale situazione, in realtà produce l'effetto contrario**





## A proposito di PCC

**modello paternalistico di medicina** fondato sul presupposto teorico della conoscenza “a priori” del bene etico e clinico del malato da parte del medico e sul dovere etico di praticarlo e

**familismo** (entrambi erano costituiti soprattutto dal bene biologico, in contrasto con il modello bioetico e la legge 219/17 nega ogni possibilità di supporto giuridico al paternalismo)

il **carico assistenziale** delle persone affette da demenza che spesso grava sulle spalle di un unico familiare, aumenta in modo proporzionale con la progressiva perdita dell'autonomia del paziente

si può ipotizzare che vi sia il **desiderio** da parte del caregiver, **di evitare l'ulteriore peso emotivo** di dover affrontare con i sanitari conversazioni complesse, dilemmi nel dover assumere decisioni difficili, sentimenti ambivalenti nel seguire le preferenze del Paziente, se consapevoli queste scelte porteranno alla morte del loro caro

**paura di far perdere la speranza**, scarsa consapevolezza della diagnosi, scarso coinvolgimento, perdita di competenze...



## A proposito di PCC

E' ancora aperto il dibattito sulla capacità dei **proxy** di riportare le preferenze dei Pazienti sulle cure di fine vita, quando questi non sono più in grado di esprimersi

Uno studio israeliano ha valutato la concordanza nelle preferenze di fine vita tra i Pazienti con decadimento cognitivo lieve e i loro coniugi

Sono stati scelti solo i coniugi perché considerati maggiormente vicini e a conoscenza delle possibili scelte dei loro cari

E' stata dimostrata una moderata concordanza tra le preferenze espresse dai Pazienti e quelle dei loro congiunti

bassa tra le preferenze dei Pazienti e quelle dei coniugi per loro stessi (**tendono a chiedere più cure per i Pazienti rispetto a quelle che desidererebbero per loro stessi**)

**In caso di discordanza è più probabile la richiesta di maggior interventi rispetto a quelli desiderati dal Paziente** (ciò è comprensibile data la natura dell'irreversibilità dell'errore)

## A proposito di PCC

Questo studio (2012) ha fornito una prima informazione rispetto alle scelte dal momento in cui la legge ne aveva dato la possibilità

ha **mostrato un numero** di anziani che hanno optato per non ricevere per nessun intervento/trattamento, se veniva fornita una scelta

ha evidenziato anche che **un terzo** degli intervistati **non aveva discusso** le proprie preferenze di fine vita **con il coniuge**

ha evidenziato, rispetto a un precedente studio del 20021, che basandosi su un gruppo omogeneo di **coniugi**, piuttosto che su figli adulti o altri membri della famiglia, che potrebbero essere meno informati sulle preferenze dei pazienti, **le scelte ipotizzate dai familiari coincidevano** maggiormente con quelle dei Pazienti



## A proposito di PCC

Secondo uno studio (Fazel et al., 2000) sono state postulate tre ipotesi

- 1) il deterioramento cognitivo potrebbe limitare la capacità delle Persone di comprendere le conseguenze delle loro preferenze o portare a decisioni impulsive
- 2) le Persone con deficit cognitivo potrebbero attribuire un valore maggiore alla loro vita rispetto a quelli senza tale disabilità che rispondono a una situazione del tutto ipotetica
- 3) al fine di superare la maggiore vulnerabilità associata al deterioramento cognitivo, Le Persone con deterioramento cognitivo potrebbero essere più accondiscendenti ai trattamenti medici





## A proposito di PCC

*Ma quindi esistono degli strumenti che possono aiutarci?*

Gli studi hanno dimostrato che l'utilizzo di **un opuscolo** fornisce solo informazioni mentre un elenco di possibili domande (QPL) possono consentire alle persone di porre quesiti specifici in base alle loro esigenze individuali d'informazione. e possono anche indurre la Persona e la famiglia a fare domande su argomenti delicati ai quali potrebbero non pensare o per i quali potrebbero non sentirsi a proprio agio

Nel 2018, un team multidisciplinare nei Paesi Bassi, ha redatto una QPL (basata su precedente esperienza australiana e canadese) per aiutare a suscitare percezioni e credenze sulla fine della vita, aiutare a pensare a cosa chiedere ai professionisti, **incoraggiare le conversazioni e facilitare il processo decisionale**



## A proposito di PCC

L'idea nasce dall'ipotesi che le Persone con demenza e la famiglia possono aver bisogno di un'azione proattiva e di supporto da parte dei professionisti per discutere di PCC in modo che non perdano l'opportunità di partecipare alle decisioni sulla loro cura futura

Questo può aiutare a responsabilizzare le Persone con demenza ed evitare alla famiglia rimpianti e momenti dolorosi di crisi nel momento in cui dovranno prendere decisioni difficili per conto del loro caro







## A proposito di PCC

Ci sono molte domande che potresti porre al tuo medico.

Se hai difficoltà a scegliere una domanda, puoi iniziare con questa:

Secondo te, cosa è importante per noi sapere sull'assistenza ora e in futuro?

Le persone che hanno esperienza con la demenza spesso affermano che è importante iniziare a pensare in anticipo alle decisioni e al supporto che saranno necessari in futuro, in modo da poter chiamare l'assistenza degli operatori sanitari in tempo.

**Non esitare mai a porre qualsiasi domanda tu possa avere al tuo curante. Fare domande ti eviterà di preoccuparti inutilmente**

Fare domande o esprimere le preoccupazioni può fornire rassicurazione o chiarimento delle incertezze.

# A proposito di PCC

Parlando delle fasi successive della vita con la demenza

## 1. Demenza e cambiamenti nella salute

Puoi dirmi di più sul tipo di demenza che ho?

Quali cambiamenti posso aspettarmi, e in particolare: quali cambiamenti nel comportamento?

Quanto tempo ci vuole prima che i sintomi peggiorino chiaramente?

Quanto tempo ci vuole solitamente prima che i sintomi peggiorino chiaramente? .

Puoi spiegare come posso riconoscere la fase finale della vita?

Come posso assicurarmi di poter fare le cose che mi piacciono il più a lungo possibile?

Quanto tempo ho?

Puoi dirmi quanto tempo mi rimane?

## A proposito di PCC

### 2. Obiettivi di cura, cure palliative e decisioni di fine vita

Cose a cui pensare

Puoi dirmi cosa sono le cure palliative nella demenza?

Puoi dirmi di più sulle cure palliative nella demenza?

Quali cure palliative sono disponibili nella mia situazione?

Chi può aiutarmi a formulare obiettivi di cura?

Chi posso contattare per l'assistenza e gli obiettivi di cura, in quale tipo di situazione e come?

Quale assistenza, corrispondente al mio obiettivo di assistenza, è disponibile per me?



## A proposito di PCC

### 3. Decisioni su trattamenti e accordi [pianificazione condivisa delle cure]

Cose a cui pensare

Vorrei parlare dei miei desideri e delle mie speranze per il futuro. Quando posso discuterne e con chi?

Vorrei parlare di come vivo la demenza e dei miei desideri e speranze per il futuro. Quando posso discuterne e con chi?

Cosa vuoi sapere su di me, in modo da poter fornire un'assistenza di qualità adatta a me, ora e in seguito?

È possibile registrare ora i miei desideri in merito alle cure di fine vita e, in caso affermativo: come?

Quali documenti o progetti sono significativi per me e cosa devo sapere al riguardo?

Quanto sono riservate le informazioni su di me? Ad esempio: chi è autorizzato a conoscere i miei problemi medici o problemi comportamentali?

Qual è il mio ruolo nel processo decisionale? E qual è il ruolo dei miei parenti?



## A proposito di PCC

### 3. Decisioni su trattamenti e accordi [pianificazione condivisa delle cure]

Chi prende le decisioni per me quando non sono più in grado di farlo?

Chi decide che non sono più in grado di prendere le mie decisioni? E come decide la persona in questione? Come posso nominare un rappresentante?

Cosa dovrei fare io o il mio parente nel caso in cui non siamo d'accordo su una decisione o quando non siamo d'accordo con il medico?

Potrò cambiare accordi precedentemente concordati? E i miei parenti possono farlo quando io non sono più in grado di farlo?





## A proposito di PCC

### 4. Trattamento e cura per problemi comuni

Cose a cui pensare

Quali sono i trattamenti a cui NON voglio assolutamente sottopormi?

Cosa voglio quando soffro seriamente?

Quando non c'è soluzione per sintomi molto spiacevoli, voglio che il medico abbassi il mio livello di coscienza (mi metta a dormire con la "sedazione palliativa"), così ne sono meno consapevole?

Voglio registrare anche queste cose, per esempio con il medico di base?

Cosa può aiutarmi ad accettare che non sono più in grado di fare o sapere cose (con perdite)?

Cosa può aiutarmi ad accettare che non sono più in grado di fare le cose o di sapere le cose (affrontare la perdita)?

## A proposito di PCC

### 4. Trattamento e cura per problemi comuni

Cose a cui pensare

*Domande su irrequietezza e comportamento problematico/problemi comportamentali*

Da dove viene il comportamento, ad esempio il rifiuto delle cure?

Come si può ridurre il comportamento problematico?

Cosa potrebbe aiutare in caso di comportamento non sicuro?

Sono necessari farmaci o possiamo provare qualcos'altro prima?

Quali farmaci potenzialmente utili sono disponibili?

Quali effetti collaterali possono avere questi farmaci?

L'uso dei farmaci può essere interrotto quando il comportamento problematico è scomparso?

*Domande sull'incontinenza*

Cosa può aiutare in caso di incontinenza?

Come ci assicuriamo che l'incontinenza non leda la dignità?

## A proposito di PCC

### 4. Trattamento e cura per problemi comuni

Cose a cui pensare

*Domande su sentimenti di depressione, ansia e mancanza di iniziativa*

Come si può diminuire la depressione o alleviare l'ansia?

Quali sono gli interventi psicosociali disponibili?

Come posso soddisfare il mio bisogno di contatto quando non sono più in grado di stabilire un contatto?

*Domande sui sentimenti di perdita e domande esistenziali*

Come possiamo io e i miei parenti affrontare adeguatamente le esperienze di perdita?

Quale tipo di assistenza spirituale (basata su visione del mondo, credenze spirituali, religione) disponibile è adatta a me?

Come ci assicuriamo che ogni giorno porti esperienze positive e significative?

## A proposito di PCC

### 4. Trattamento e cura per problemi comuni

Cose a cui pensare

#### *Domande sulle infezioni*

Cosa aiuterebbe a ridurre il rischio di sviluppare polmonite?

Cosa si può fare in caso di polmonite o infezione della vescica?

Gli antibiotici sono adatti al mio caso?

#### *Domande sui problemi con l'alimentazione e l'alcol*

Cosa puoi fare per i miei problemi a mangiare, bere o deglutire?

Come posso ridurre il rischio di soffocamento con cibi e bevande?

Potrebbero essere utili cibi morbidi o passati o liquidi addensati?

Sarebbe utile un sondino o una flebo nel mio caso?

Che ne dici di andare in ospedale?

Potete alleviare i sintomi e fornire un po' di conforto?

## A proposito di PCC

### 4. Trattamento e cura per problemi comuni

Cose a cui pensare

#### *Domande sulla mancanza di respiro*

Cosa si può fare in caso di mancanza di respiro?

Potrei soffocare?

La morfina mi farà morire prima?

#### *Domande sul dolore e sul sentirsi a disagio*

Come determinerai (in seguito) se soffro? E può vederlo anche un parente?

Qual è la causa del dolore o della sensazione di disagio? Come puoi alleviare il dolore?

Posso diventare dipendente dalla morfina?





## A proposito di PCC

### 4. Trattamento e cura per problemi comuni

Cose a cui pensare

*Domande su altre malattie e su cosa possono richiedere*

Quali farmaci o controlli medici rimarranno necessari per me?

I diversi farmaci di cui ho bisogno funzionano bene insieme?

In che modo le altre malattie influenzano la cura nelle fasi successive o alla fine della vita?

*Suggerimenti*

Rimanere concentrati sull'obiettivo di cura stabilito congiuntamente, ad esempio fornire conforto, oppure prolungare o non prolungare la vita di una persona.

Puoi sollevare domande esistenziali come "Perché mi sta succedendo?" e "Come posso far fronte alla malattia?" con il tuo medico per trovare supporto, anche se non sei religioso

## A proposito di PCC

### 5. Scelta del luogo di cura e cambiamento dell'ambiente di vita

Cose a cui pensare

Quanto è importante per me rimanere a casa quando lo paragono alla mia sicurezza e alle cure che i miei parenti dovranno poi fornire?

Ci sono situazioni in cui non vorrei essere portato in ospedale? Come guardiamo alla fine della vita, per esempio: dove e chi sarà presente?

Domande sulla scelta del luogo di cura e dell'ambiente di vita

Credi che potrò stare a casa, e da cosa dipende?

Quale aiuto è disponibile in modo che io possa rimanere a casa il più a lungo possibile?

Quando potrebbe essere necessario il ricovero e quando non è una buona idea?

Posso essere ricoverato in un hospice o in una casa di cura?

Quali (altre) opzioni ci sono quando stare a casa non è più possibile?



## A proposito di PCC

### 5. Scelta del luogo di cura e cambiamento dell'ambiente di vita

Cose a cui pensare

Domande per te quando cambi ambiente di vita e fornitore di assistenza sanitaria

Come posso assicurarmi che un cambiamento avvenga nel modo più agevole possibile?

Cosa verrà fatto per garantire la mia sicurezza nel nuovo ambiente?

Chi lavora nel nuovo ambiente e quale professionista sanitario fa cosa?

Quanto spesso vedrò il dottore qui?

Come posso assicurarmi che l'operatore sanitario conosca me, il mio background e le mie preferenze?

## A proposito di PCC

### 5. Scelta del luogo di cura e cambiamento dell'ambiente di vita

#### Cose a cui pensare

Accetta aiuto come l'aiuto domiciliare quando necessario. Non esitare e per favore non aspettare troppo a lungo.

Gli operatori sanitari possono darti consigli sull'assistenza, ad esempio su letti speciali o materiali per l'incontinenza. E anche sull'assistenza in una fase successiva, come il trasloco e la legislazione e l'assicurazione sanitaria.

Chiedi al tuo medico di famiglia o ai tuoi conoscenti delle buone case di cura. Ad esempio, non tutte le case di cura su piccola scala sono attrezzate per fornire cure di buona qualità.

Il centro diurno in una casa di cura è un buon modo per familiarizzarci mentre si vive ancora a casa.

## A proposito di PCC

### 5. Scelta del luogo di cura e cambiamento dell'ambiente di vita

#### Cose a cui pensare

Per verificare se una struttura di cura è adatta a te, puoi visitarne diverse per goderti l'atmosfera.

Investi in buoni contatti con nuovi operatori sanitari che vogliono conoscere te e i tuoi parenti. Informazioni volontarie su cosa sta succedendo e quali sono i tuoi desideri.

Se vuoi dividerlo, anche un libro sulla vita, ad esempio può aiutare gli operatori sanitari a conoscerti.

Un ospedale generalmente non è un "ambiente favorevole alle Persone con demenza". Se è necessario il ricovero in ospedale, è consigliabile avere qualcuno che abbia il tempo e la pazienza per rassicurarti. Ad esempio un operatore sanitario, un volontario o un parente.



## A proposito di PCC

### 6. Rianimazione Cose a cui pensare

Domande sulla rianimazione

Quali sono i vantaggi e gli svantaggi della rianimazione nel mio caso?

Come posso documentare che non voglio essere rianimato o non voglio essere rianimato in alcune circostanze?



Anna Shvets



## A proposito di PCC

### 7. Prenditi cura di te come parente

Cose a cui pensare

Come posso supportare al meglio la persona amata che soffre di demenza?

Quali emozioni posso provare?

A quale supporto ho diritto e dove posso ottenerlo?

Cosa posso fare per evitare di essere sovraccaricato?

Come riconosco di essere oberato di lavoro?



## A proposito di PCC

### 7. Prenditi cura di te come parente

Assicurati che tu, come parente, ti riposi sempre a sufficienza. Questo avvantaggia tutti. Oltre al tuo medico di famiglia, informa anche il tuo datore di lavoro che sei un caregiver familiare, perché questo è qualcosa che deve essere preso in considerazione.

Verifica quale supporto il Comune prevede per i caregiver familiari.

Il servizio di assistenza telefonica per ... presta un orecchio comprensivo e offre consigli su come affrontare la demenza. L'assistenza telefonica è raggiungibile tramite il numero verde

### 8. La fase del morire e il periodo dopo la morte

Cose a cui pensare

Come vogliamo che siano gli ultimi momenti?

Puoi avvertirmi, come parente, quando la morte è vicina? Chi può aiutarmi a stare con il mio caro morente? Ci sono volontari che possiamo chiamare?

## A proposito di PCC

### 8. La fase del morire e il periodo dopo la morte

E se il mio caro muore quando io non ci sono?

Quale cura spirituale o religiosa è a nostra disposizione?

Come si sente una persona quando non mangia o non beve nulla?

Cosa puoi fare per il respiro rumoroso dovuto all'accumulo di muco?

Cosa devo o posso fare io parente al momento della morte e dopo?

Come parente, ho l'opportunità di parlare di nuovo con il medico?

Quali cure ho a disposizione?

Se viene suggerito un trattamento o un'operazione stressante mentre il tuo caro è già in condizioni precarie: chiedi al medico se il trattamento è davvero necessario e cosa accadrà se si deciderà di interrompere il trattamento. Nonostante le emozioni che potresti provare.

Ricorda che i medici sono generalmente a “favore del trattamento”.

Molte strutture offrono ai parenti l'opportunità di pernottare lì durante gli ultimi giorni. Se questo è quello che vuoi, chiedilo in tempo.



Per ulteriori informazioni:

[curepalliative.rete@ausl.bologna.it](mailto:curepalliative.rete@ausl.bologna.it)

Tel: 0514966149

*Grazie*





REFERENTE ORGANIZZATIVA

**Elisa Ferriani**

Psicologia Ospedaliera

Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze

AUSL di Bologna - IRCCS