

# LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Quando un paziente entra nella nuova residenza, viene dapprima esaminato dal medico di medicina generale e dal direttore sanitario, i quali verificano e registrano le condizioni cliniche generali e le notizie anamnestiche sulla **cartella sanitaria** e sul **registro delle terapie individuali**. Successivamente, un'attenta valutazione clinica da parte del neurologo permette di definire il grado di compromissione cognitiva e funzionale. Per fare ciò, quest'ultimo si avvale della collaborazione dello psicologo.

Le **schede anamnestica e neurologica** (pagg. 47-48) raccolgono dettagliate informazioni sulla storia familiare e sull'assunzione di farmaci, oltre che sullo stato clinico e psicologico attuale. In esse vengono annotati i punteggi ottenuti nei test neuropsicologici e nelle scale adottati per la valutazione multidimensionale iniziale. Data l'elevata prevalenza nelle strutture residenziali protette di dementi in fase moderata-grave, per procedere alla valutazione dello stato cognitivo, tra le altre, è stata preferita la SIB (*Severe Impairment Battery*). Per lo stesso motivo, si è ricorso alla *Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale* (BANSS) per la valutazione dello stato funzionale. Il *Confusion Assessment Method* (CAM) è risultato uno strumento adeguato alla valutazione del *delirium*, così come la *Cornell Scale for Depression in Dementia* lo è per la depressione. L'importanza della comorbidità somatica ha spinto ad adottare la *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS). Infine, la valutazione della gravità complessiva della demenza è stata affidata alla ben nota *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR).

Dopo una fase di attenta osservazione del nuovo paziente – in genere della durata di alcune settimane, per la quale ci si avvale anche della collaborazione del personale infermieristico e di assistenza – vengono esaminati i problemi attivi e proposte delle strategie terapeutiche e assistenziali individualizzate, con chiara definizione degli obiettivi che si intendono raggiungere nell'ambito delle funzioni cognitive, motorie, sensoriali e delle attività della vita quotidiana. Sui diari clinici del neurologo e dello psicologo sono annotate le osservazioni utili ai fini di eventuali modificazioni dei piani di trattamento.

Gli obiettivi terapeutici vengono rinnovati periodicamente, a seguito di una nuova valutazione multidimensionale globale. La lunga durata e l'evolutivezza continua del quadro clinico pongono di fronte a elementi sempre nuovi, con i quali i medici e tutto il personale devono confrontarsi per adeguare ripetutamente il progetto terapeutico-assistenziale, evitando il rischio di interventi ripetitivi e schematici.

## Strumenti:

- *Cartella sanitaria e registro delle terapie individuali.*
- *Scheda neurologica e di valutazione psicologica.*
- *Scheda di valutazione multidimensionale iniziale.*
- *Scale e test di valutazione.*
- *Scheda problemi attivi e strategie terapeutiche.*
- *Quaderno delle consegne assistenziali.*

## **I progetti**

I principali obiettivi contenuti negli interventi riabilitativi e assistenziali previsti dal nucleo Alzheimer possono essere così evidenziati:

- fornire un adeguato livello di cure specifiche (trattamento farmacologico, prevenzione delle complicanze, riabilitazione neuropsicologica e neuromotoria);
- ottimizzare lo stato funzionale (stimolare l'attività fisica e mentale, adeguata nutrizione);
- identificare e trattare le complicanze (rischi di caduta e di smarrimento, incontinenza);
- sostenere la famiglia con supporti psicologici e socio-assistenziali.

Tali obiettivi vanno raggiunti attraverso diverse tipologie di intervento, che possono essere applicate ai diversi stadi della malattia.

### *Progetto di riabilitazione cognitiva e di sostegno dello psicologo*

La perdita delle facoltà cognitive è un processo graduale che lascia spazio a miglioramenti significativi. Pertanto, il programma di riabilitazione cognitiva si attua attraverso la stimolazione di funzioni che sono relativamente risparmiate. Nel decorso della malattia decresce la possibilità di usufruire di interventi che richiedano il supporto di strategie cognitive interne al paziente e proporzionalmente assumono maggiore importanza gli interventi comportamentali e ambientali. Tali strategie di intervento devono, pertanto, essere scelte in rapporto alle risorse residue, caratterizzate da una forte differenza interindividuale. Le metodiche da noi utilizzate sono le seguenti:

- *terapia di orientamento alla realtà* (ROT: *reality orientation therapy*): tecnica riabilitativa usata nella fase lieve-moderata della demenza, finalizzata a riorientare il paziente rispetto a sé, alla propria storia e all'ambiente circostante; viene somministrata a piccoli gruppi, in incontri giornalieri di 45 minuti, in un ambiente accogliente, nel quale sono previsti arredi adeguati per tale tipologia di pazienti, che necessitano di riferimenti strutturali idonei per stimolare costantemente l'orientamento;
- *memory training*: essendo dimostrato che nelle fasi iniziali e moderate della malattia di Alzheimer la memoria procedurale (memoria senza consapevolezza) risulta risparmiata, sono state proposte tecniche di stimolazione, destinate a stimolare l'apprendimento procedurale in ambito motorio, percettivo (sensoriale) e cognitivo;
- *ausili mnesici esterni*;
- *terapia di reminiscenza*: nella fase lieve-moderata. Può svolgersi in modo informale, durante gli incontri giornalieri, singolarmente o in gruppo; utilizza

eventi remoti quale spunto per stimolare la memoria e per recuperare esperienze emotivamente piacevoli. Per tale ragione, può incidere positivamente sul tono dell'umore;

- *terapia di validazione*: metodo di comunicazione utilizzato nelle forme moderato-severe, rivolto a quei pazienti non più in grado di rispondere alla ROT. Conoscendo la visione della realtà da parte del paziente, si creano contatti emotivi significativi. Si svolge individualmente o in gruppo. Anche quest'approccio mira a incidere sulla sfera emotiva, ristabilendo il senso della propria dignità e facendo recuperare l'autostima;
- *terapia contestuale*: valido intervento verso i disturbi comportamentali, che richiede un'attenta analisi tra un evento o il contesto ambientale e le conseguenze sul comportamento; si propone di migliorare l'atmosfera sociale e affettiva, applicando i principi e le procedure del condizionamento operante, che si basa, ad esempio, sul rinforzo positivo dei comportamenti adeguati.

Per affrontare il carico d'ansia conseguente alla diagnosi e per una migliore gestione delle difficoltà conseguenti alle manifestazioni sintomatiche e alla consapevolezza dell'inarrestabile progressione della demenza, si offre un sostegno psicologico e si instaura un rapporto di collaborazione verso i familiari, rafforzando le loro conoscenze – tra l'altro – con strumenti informativi cartacei, esplicativi e di facile comprensione.

### **Strumenti:**

- *Cartella di rilevazione dati.*
- *Scale e test di valutazione.*
- *Scheda di valutazione psicologica globale.*
- *Diario clinico.*
- *Scheda di rilevamento ROT.*
- *Scheda "analoghi visivi" per la valutazione dei disturbi psicotici e comportamentali.*
- *Resoconto mensile delle attività svolte.*

### **Progetto educativo dell'animatore**

Tale progetto ha quali obiettivi il potenziamento delle capacità creative e manuali, di ascolto, percezione ed attenzione, l'arricchimento della comunicazione verbale e non verbale, lo sviluppo delle capacità relazionali, la valorizzazione del passato e delle esperienze vissute, il miglioramento ed il mantenimento dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana nel progetto son previste le seguenti attività animative ed occupazionali:

- *attività neuro-cognitive*: possono essere un valido strumento per rallentare il

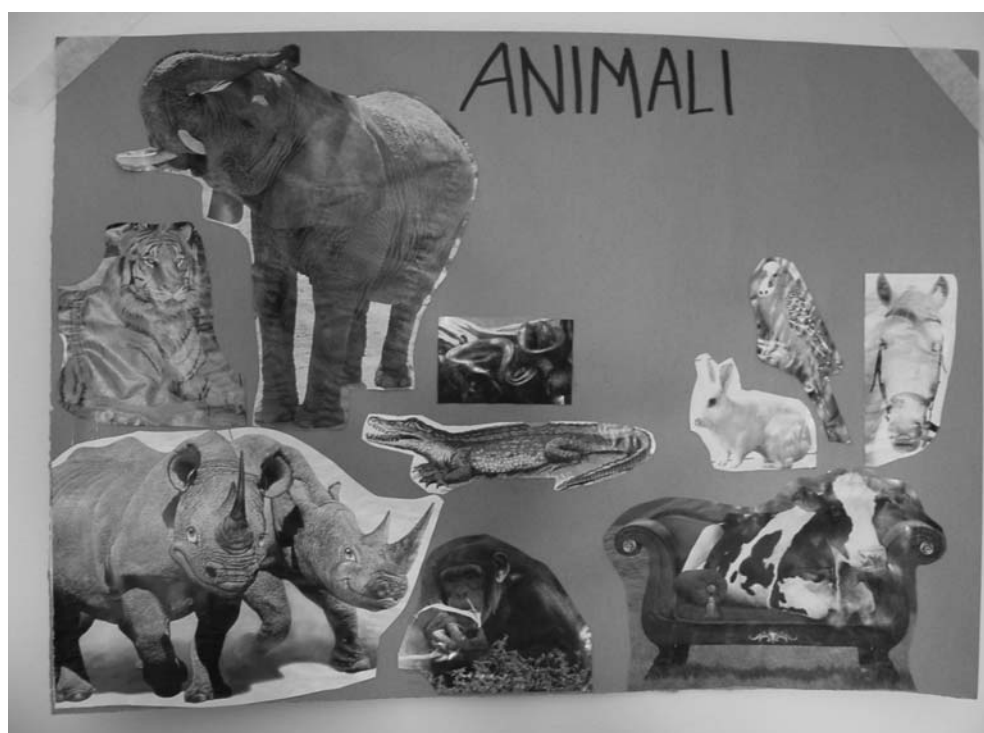


Figura 12.

decadimento cognitivo, potenziando le abilità residue: orientamento alla realtà (ROT), stimolazione mnesica (*memory* semplice, composto, *training*, ecc.), giochi educativi, la scatola magica, cassettera, esercizi con i numeri e con le lettere, domino degli animali (Fig. 12), domino dei colori, riconoscimento immagini, arredamento di una casa in miniatura, esercizi di riconoscimento corporeo, classificazione per categorie, l'uso dei cinque sensi, attività geografiche, incontri culturali, ecc.;

- *attività ergoterapiche*: sono mirate al recupero e al mantenimento delle autonomie e ad una migliore qualità della vita. Sono attività volte allo sviluppo e al potenziamento della capacità creativa, della manualità e permettono di scoprire le predisposizioni degli ospiti a determinate attività e nuovi interessi: creazione di piccoli oggetti, laboratorio creativo, laboratorio di cucina, attività manuali, lavori femminili, coltivazione, giardinaggio, ecc.;
- *attività espressive*: mirano a potenziare le capacità creative, percettive, di attenzione, ascolto, l'arricchimento della comunicazione non verbale e la

percezione sensoriale del corpo; pittura con diverse tecniche, disegno, canto, ascolto guidato della musica, lettura guidata, composizioni floreali, sabbiera (manipolazione della sabbia). Nella figura 13 sono riportati i disegni realizzati da un ospite del Nucleo Alzheimer: pur essendo significativamente compromessi i diversi aspetti della cognitività, le *performance* ottenute nelle attività occupazionali rimangono elevate anche negli stadi più avanzati della malattia.

- *attività ricreative e di socializzazione*: importanti per lo sviluppo delle capacità relazionali, di percezione e ascolto, per il mantenimento e l'aumento delle capacità di socializzazione, dialogo e cooperazione: tombola, gioco dell'Italia e dell'Europa, dell'oca, del serpente, indovinelli, bocce, bowling, palla, calcio, canto, ballo, attività ludiche in genere, visione di filmati e diapositive, feste dei compleanni, feste a ricorrenza annuale, uscite guidate, ecc.;
- *attività spirituali*: viene garantito il massimo rispetto delle convinzioni e degli ideali religiosi.



Figura 13.

**Strumenti:**

La raccolta dati avviene attraverso:

- *Cartella di accoglienza.*
- *Scheda di osservazione* (in cui si valuta il livello di autosufficienza, gradimento e socializzazione).
- *Scheda di rilevazione dei dati* (psico-pedagogica e relazionale).
- *Resoconto mensile relativo alle attività svolte ed all'andamento del paziente.*

**Progetto di riabilitazione neuromotoria del fisioterapista**

Gli interventi riabilitativi hanno come obiettivi il mantenimento del più elevato livello di autonomia compatibile con la malattia, la riduzione della frequenza dei disturbi comportamentali e il controllo dell'insonnia, dei disturbi fobici e della depressione.

Le attività riabilitative sono prevalentemente svolte nella palestra attrezzata, ma sono anche previsti esercizi di recupero motorio effettuabili all'interno del Nucleo stesso e, quando necessario, al letto del paziente (mobilizzazione attiva e passiva) per prevenire la sindrome da immobilizzazione e contrastare la rigidità muscolare tipica delle ultime fasi della malattia, personalizzare l'uso della carrozzina e dei sistemi di postura, rieducare alla stazione eretta e alla deambulazione.

Tali interventi prevedono l'utilizzo di materiali ed attrezzi (palla, palline di vario tipo, bastone, cerchi, ecc.), cyclette, spalliera, percorso con piccoli ostacoli alle parallele.

In un incontro di ginnastica sono previste le seguenti fasi:

- esercizi di socializzazione e di riscaldamento;
- esercizi a corpo libero o con attrezzi;
- esercizi da varie posizioni (seduti, in piedi, al tappeto);
- esercizi ludico-motori.

Altro importante proposito del fisioterapista è l'addestramento del personale di assistenza e dei familiari nell'attività di spostamento e di trasferimento dell'ospite, per prevenire danni al paziente stesso e lesioni alla colonna vertebrale degli operatori.

Quotidianamente, inoltre, viene realizzata una seduta di ginnastica di gruppo, associata a tecniche di respirazione e rilassamento (Tab. V, Fig. 14).

**Strumenti:**

- *Cartella di accoglienza.*
- *Scale di valutazione.*
- *Diario delle attività svolte.*
- *Resoconto mensile dei risultati raggiunti.*

**Tabella V.** – Esempio di prospetto riepilogativo settimanale.

Orario	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
9-11	Rieducazione individuale in palestra <b>Ospiti:</b> .....	Rieducazione individuale nel Nucleo* <b>Ospiti:</b> .....	Rieducazione individuale in palestra <b>Ospiti:</b> .....	Rieducazione individuale nel Nucleo* <b>Ospiti:</b> .....	Rieducazione individuale in palestra <b>Ospiti:</b> .....
15-16	Ginnastica di gruppo <b>Ospiti:</b> .....	Tecniche di rilassamento <b>Ospiti:</b> .....	Ginnastica di gruppo <b>Ospiti:</b> .....	Tecniche di rilassamento <b>Ospiti:</b> .....	Ginnastica di gruppo <b>Ospiti:</b> .....
16-17	Tecniche di rilassamento <b>Ospiti:</b> .....	Ginnastica di gruppo <b>Ospiti:</b> .....	Tecniche di rilassamento <b>Ospiti:</b> .....	Ginnastica di gruppo <b>Ospiti:</b> .....	Tecniche di rilassamento <b>Ospiti:</b> .....

\* per gli ospiti affetti da disturbi del movimento.



Figura 14.

## *Progetto di recupero delle abilità di base*

Tali interventi si propongono di recuperare le attività di base che sono state perse o deteriorate nel corso della malattia.

Le modificazioni ambientali prima descritte (ad esempio, corrimano e porte contrastate da colori primari, indicazioni scritte, eliminazione di ostacoli), di cui la struttura è dotata, contribuiscono a far fronte ai disagi fisici e psicologici, presenti nel paziente demente, il quale ha bisogno di crescente assistenza nelle attività della vita quotidiana.

In caso di vagabondaggio, attività motoria aberrante frequente ed irrefrenabile, è meglio assecondare il paziente, lasciandolo muovere liberamente in un ambiente protetto, limitando al massimo i rischi e i pericoli. Ruolo centrale, attorno al quale si svolge il progetto di recupero delle attività di base, è assunto dall'operatore socio-sanitario. Tale figura professionale, fortemente motivata e dotata delle sufficienti conoscenze per capire i dementi, deve essere accuratamente gestita dal punto di vista operativo, in modo da evitare fenomeni di *burn out*. L'assistenza alla persona deve favorire l'autosufficienza dell'ospite nell'attività giornaliera, attraverso interventi igienico-sanitari di semplice attuazione e fornendo aiuto per il governo dell'ambiente (riordino e pulizia del letto e della camera).

Un aspetto di primaria importanza è quello di coinvolgere sempre l'ospite nella cura dell'igiene personale e nello svolgimento di mansioni che riguardano la cura e la pulizia dell'ambiente abitativo. Coloro che assistono gli ospiti, infatti, hanno il compito di fornire la giusta assistenza senza mai sostituirsi ad essi, sorvegliando sempre ma intervenendo solo nei momenti di difficoltà. Ad esempio, predisporre – possibilmente la sera – i vestiti nell'ordine in cui vanno indossati il mattino seguente, permette di incoraggiare e di stimolare il paziente nel mantenere l'autonomia funzionale, favorita – tra l'altro – dall'utilizzo di indumenti semplici, facilmente indossabili (senza lunghe file di bottoni ma con chiusure a velcro). La correzione degli errori di esecuzione deve avvenire con tatto ed è opportuno incoraggiare e rassicurare frequentemente durante l'esecuzione, anche quando il compito non viene portato a termine in modo corretto.

Se il paziente rifiuta di lavarsi o fare il bagno con un assistente, può essere utile provare a cambiare operatore. Talvolta, può essere risolutivo tentare con un nuovo orario oppure utilizzare la doccia.

Con il progredire della malattia, anche il maneggiare gli oggetti di uso comune può risultare difficoltoso. Tale deficit è frequentemente dovuto a un disturbo delle capacità visive ma, altrettanto frequentemente, è secondario al progressivo decadimento delle capacità cognitive (agnosia, aprassia). L'impiego di piatti,



posate e tovaglia con colori ben contrastanti (colori primari), efficaci nel migliorare la capacità di discriminazione, facilita l'autonomia nell'alimentazione. In taluni casi, è vantaggioso permettere l'uso delle mani per mangiare e servire il cibo già tagliato in piccoli pezzi.

Per contrastare l'incontinenza sfinterica ed il disagio a essa legato (risvegli notturni con stati di agitazione) far mangiare e bere asciutto la sera e accompagnare gli ospiti durante la giornata in bagno per controllare e stimolare l'evacuazione e la minzione.

Per favorire il sonno notturno evitare di prolungare oltre la mezz'ora il riposo pomeridiano post-prandiale, abituando il paziente ad essere attivo durante il giorno ed evitando pasti serali abbondanti.

Inoltre, per un maggior coinvolgimento degli assistenti nelle attività di reparto, è stata predisposta una scheda osservazionale, dove vengono annotati gli aspetti comportamentali meritevoli di segnalazione al medico o allo psicologo, riguardanti gli ospiti della residenza.

#### **Strumenti:**

- *Scheda di accoglienza.*
- *Scheda di rilevazione disturbi comportamentali.*
- *Quaderno delle consegne assistenziali.*

### **Progetto ROT informale**

Tutti gli operatori, inclusi gli assistenti, sono stati addestrati alla pratica della ROT informale e a comunicare il più possibile in modo stimolante, partecipe ed empatico. La terapia di orientamento alla realtà aiuta a prevenire negli ospiti l'isolamento sociale e la conseguente perdita di contatto con la realtà.

Durante il giorno essi devono ricevere informazioni che li aiutino a orientarsi e gli operatori hanno il compito di ricordare loro indicazioni relative alla persona, al tempo e al luogo in cui si trovano. È opportuno che gli operatori indossino dei distintivi con il proprio nome e che adeguino il proprio vocabolario al livello di istruzione e di compromissione del soggetto, parlando lentamente e utilizzando frasi corte e semplici. Se necessario, è appropriato ripetere più volte ciò che si sta dicendo, imparando a utilizzare metodi di comunicazione non verbale (poggiando la mano sulla spalla o sul braccio, guardando negli occhi con espressione del viso adeguata e tramite la gestualità).

Le informazioni relative alla data e ad eventi importanti da ricordare dovranno sempre essere aggiornate, accurate e semplici. A tal fine è indispensabile la presenza di una lavagna, sulla quale riportare tali informazioni (Fig. 15). Inoltre, il processo di stimolazione continuo da parte dell'ambiente si ottiene con una



Figura 15.

serie di ausili come calendari, orologi, indicazioni per riconoscere le varie stanze e gli oggetti che si trovano all'interno di cassetti o armadi.

Nel rispetto delle mansioni previste dal programma di lavoro, gli stessi operatori propongono e incentivano alcune attività ludiche e ricreative, creando gruppi di lettura e discussione (attraverso l'utilizzo di quotidiani e brevi novelle), utilizzando il televisore, lo stereo, materiale per attività di disegno e alcuni giochi di società.