

ANZIANI, FAMIGLIE E SERVIZI



Le buone pratiche degli psicologi in
Lombardia

*A cura di Gianluca Castelnuovo, Antonia Mirarchi
ed Enrico Molinari*

Prefazione di Gianluca Castelnuovo, Antonia Mirarchi ed Enrico Molinari

È con piacere che presentiamo questo libro bianco frutto del lavoro pluriennale di un corposo gruppo di psicologi che, nel contesto del GAT-Gruppo di Approfondimento Tematico sulla condizione anziana (promosso dall'Ordine degli Psicologi di Lombardia), hanno raccolto in un volume diversi contributi che la psicologia può offrire nel variegato e sempre più in espansione mondo dell'invecchiamento, in Lombardia e non solo.

Vengono qui raccolte una serie di esperienze di best practices che evidenziano la grande capacità degli psicologi di rispondere a vecchie e nuove esigenze dell'utenza anziana, dalle azioni in contesti ospedalieri tradizionali fino all'assistenza domiciliare, dal lavoro più neuropsicologico fino a quello clinico-psicologico e psicoterapeutico, dall'attenzione al singolo paziente fino alla cura di chi si prende cura, familiari e caregivers, dalle azioni individuali fino alle pratiche inter e multidisciplinari.

Il quadro internazionale, e quindi anche italiano e lombardo, risente sempre di più del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e della cronicizzazione di molte patologie, condizioni che costringono i sistemi sanitari a pensare a ottiche preventive e riabilitative maggiormente efficienti e non ancorate a vecchie e costose logiche di ricovero o di ospedalizzazione.

Inoltre l'affermazione ormai consolidata del modello biopsicosociale sul modello biomedico richiede la sempre più strategica e competente partecipazione degli psicologi nei moderni sistemi sanitari e socio-sanitari.

Anche a livello normativo, nazionale e regionale, il ruolo dello psicologo è stato riconosciuto come figura chiave nella gestione della cronicità. Senza pretese di essere esaustivi, ci permettiamo di citare in particolare l'inserimento delle prestazioni psicologiche nei LEA, grazie al DPCM 12 gennaio 2017 che configura gli interventi psicologici e psicoterapeutici esplicitamente nei Livelli Essenziali di Assistenza, riconoscendo ad essi un carattere essenziale in molteplici contesti di prevenzione, cura, supporto e assistenza. Inoltre Regione Lombardia (cfr. LR 11 agosto 2015, LR 29 giugno 2016, DGR 6164 30 gennaio 2017, DG R 6551 4 maggio 2017) ha prefigurato diverse aree di intervento per lo psicologo nei servizi socio-sanitari.

Ci auguriamo dunque che questo volume possa essere utile agli psicologi e a tutti i clinici che prendono quotidianamente in cura i pazienti anziani, ma anche agli amministratori del welfare pubblico e privato perché possano facilitare sempre più l'attuazione di quei principi, riportati nei documenti normativi e di indirizzo già disponibili, volti all'espressione del modello biopsicosociale.

Introduzione	
<i>S. Moncalieri</i>	9
<hr/>	
La figura dello psicologo all'interno della normativa sociosanitaria di Regione Lombardia.	
<i>S.N. Leotta</i>	17
<hr/>	
Lo psicologo in RSA.	
<i>N. Berruti</i>	27
<hr/>	
Ascoltare l'operatore: verso un benessere psicologico del professionista e un benessere economico dell'azienda.	
<i>S.N. Leotta</i>	37
<hr/>	
La terapia cognitivo comportamentale nell'anziano e nel caregiver.	
<i>G. D'Aniello</i>	45
<hr/>	
Quando i giochi non sono ancora fatti: la psicoterapia psicoanalitica nell'invecchiamento.	
<i>B. Marchetti</i>	54
<hr/>	
Metodi narrativi e autobiografici per il benessere dei familiari caregiver.	
<i>R. D'Alfonso, S. La Rocca</i>	69
<hr/>	

Felicità e benessere nella terza età. <i>F. Dell'Amore</i>	76
Psicologia e Invecchiamento fisiologico: Università della Terza Età, Socializzazione, tempo libero. <i>A. Mirarchi</i>	81
Prevenzione del decadimento cognitivo e invecchiamento attivo. <i>S. Mennuni</i>	90
Neuropsicologia <i>S. Merolla, C. Seminati</i>	98
Dolore e demenza. <i>S. Mennuni</i>	111
L'anziano e la sofferenza psichica. <i>S. Golasmici</i>	122
Possibilità di cura psicologica per l'anziano. <i>S. Mennuni</i>	132

Il profumo del caffè: le buone prassi dello psicologo domiciliare.
E. Rosa 139

L'intervento dello psicologo a domicilio per l'anziano fragile e la sua famiglia.
R. D'Alfonso 143

Nella tana del lupo. Psicologia a domicilio.
J.L. Casiraghi 151

Gli anziani con doppia diagnosi: storia di un servizio di prossimità nel cremonese.
G. Melli 157

Gruppi familiari: dal gruppo tematico al gruppo terapeutico.
L. Leuzzi 164

La cura degli anziani tra continuità e discontinuità:
Relazioni collaborative tra famiglia, badanti, servizi.
I. Ursini 169

Dentro e fuori dal gruppo psicologico:
supportare per essere supportati.
C.M.R. Borgonovo 181

Percorsi di sensibilizzazione-formazione
per gruppi "misti" di operatori psico-socio-
sanitari e familiari
I. Ursini 191

La famiglia in R.S.A. Il caregiver e il suo nuovo
ruolo in R.S.A.
M. Rongo 200

Gruppi di auto-mutuo aiuto rivolti
ai caregiver di pazienti affetti da demenza:
esperienze a confronto.
E. Rosa 207

Familiari vittime nascoste: il ruolo
dello psicologo accanto ai caregiver
di persone affette da demenza.
E. Rosa 212

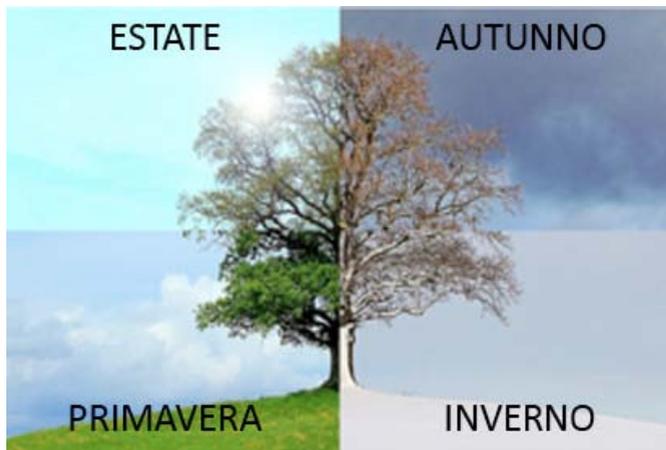
La formazione con operatori che lavorano in ambito geriatrico. Un'esperienza con i volontari Auser: Il valore della Telefonia Sociale. <i>A. Mirarchi</i>	220
La sessualità nell'invecchiamento. <i>Guido Edoardo D'Aniello,</i> <i>Claudia Rubis, Sara Nargis Liguori,</i> <i>Gianluca Castelnuovo</i>	228
Psicologia dell'anziano e tecnologia: il progetto Mindful Ageing. <i>F. Vailati Riboni</i>	238
Domotica per l'anziano con deficit cognitivo. <i>D. Regina</i>	246
L'intervento dello psicologo sulla mobilità dell'anziano nel sistema-traffico. <i>D. Villa</i>	255
Biografie degli autori	263

L' uomo che vive soltanto di ricordi è un uomo vecchio, l' uomo che vive di sole speranze è un utopista, l' uomo che vive compiutamente l' oggi proiettato nel domani e consapevole dell' ieri è colui che potrà dire di aver vissuto veramente.

Massimo Baldi

La vita umana: età da abitare, cicli da vivere

LE 4 STAGIONI DELL'ALBERO DELLA VITA



La psicologia può occuparsi dell'essere umano nell'intierezza della vita.

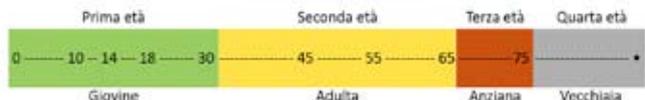
Semplificando si possono individuare 4 età da abitare e distinguere 9 cicli da vivere.

LE 4 ETÀ

- Età giovine
- Età adulta
- Età anziana
- Età vecchiaia

I 9 CICLI DI VITA

- **Infanzia:** nascita -10 anni;
- **Pubertà:** 11 -14 anni;
- **Adolescenza:** 15-18 anni;
- **Gioventù:** 19 -30 anni (in essa la tarda adolescenza 23 -27 anni);
- **Adulta giovane:** 31 - 45 anni;
- **Adulta semplice:** 46 – 55 anni;
- **Adulta piena:** 56 – 65 anni;
- **Anziana:** 66 -75 anni;
- **Vecchiaia:** 76 anni in avanti.



Ogni età e ciascun ciclo può contenere:

momenti felici, momenti semplici, momenti critici, godibilità, tranquillità, sofferenza, pregi, semplicità, difetti, speranze, soddisfazioni, delusioni, pro, semplicità, contro evoluzione, mantenimento, depauperamento, successi, prese atto, sconfitte, serenità, timore, preoccupazione,

tristezza, irritazione, stupore, malinconia, imbarazzo, entusiasmo, spensieratezza, pensiero semplice umano, pensiero rimuginante

IL SIGNIFICATO DI INVECCHIAMENTO

L'invecchiamento è un processo naturale, che riguarda tutti gli esseri viventi.

"Riferito all'uomo indica il complesso delle modificazioni cui l'individuo va incontro, nelle sue strutture e nelle sue funzioni, in relazione al progredire dell'età" (Cesa Bianchi, 1987).

Le associazioni mentali più comunemente diffuse sull'invecchiamento e sulla vecchiaia

Esistono fondamentalmente tre associazioni mentali comunemente diffuse sull'invecchiamento e sulla vecchiaia, definibili semplificando positive, semplici, negative.

Le associazioni positive sono: saggia, pacata, esperta, rapida nel vagliare i dati di realtà ed operare scelte tempestivamente, ricca di buon senso e sensata ragionevolezza, in grado di gestire al meglio le energie a sua disposizione, interiormente riflessiva.

Le associazioni semplici sono: con una minore quantità di energie da cui una maggiore facilità a

INTRODUZIONE

stancarsi ed un aumento di bisogno di riposarsi; usante trucchi per auto-aiutarsi mnemonicamente (es. post it sull'interno della porta d'ingresso di casa; promemoria automatici acustici sul cellulare, visivi sul pc, at.)

Le associazioni negative sono: rimbambita, smemorata, acida, irrigidita, saccente, ammalata, esageratamente emotiva - in riferimento al giudizio negativo di emotività quale debolezza e/o fragilità a fronte del giudizio positivo di raziocinio quale forza e/o durezza; prossima alla morte (ciò da quando in realtà - per via dell'aumento dell'aspettativa di vita - vi sono elevate probabilità statistiche di una dozzina, perfino ventina, di anni ulteriori da vivere ed abitare dinanzi a sé).



LA PSICOLOGA DELL'INVECCHIAMENTO STANDARD

La psicologia clinica sostiene e supporta il processo di mentalizzazione dei semplici disagi psichici, emotivi, relazionali, ben intellettivi presentantisi nel percorso della vita. Ed al contempo favorisce il dispiegarsi delle potenzialità e risorse psichiche umane con lo scopo di promuovere il benessere psicologico grazie al quale si possa sia abitare e transitare d'età, sia vivere e passare da ciclo a ciclo. Al meglio umanamente possibile.

La psicologa dell'invecchiamento inserisce in ciò una ulteriore competenza specifica, tesa a sostenere l'autostima del paziente, favorirne l'equilibrio emotivo relazionale all'interno della famiglia così come ad agevolare l'evoluzione di un nuovo equilibrio scaturente dalle ineludibili trasformazioni derivanti dall'invecchiamento medesimo, supportare la spinta alla socializzazione nella comunità (cineforum, gruppi di lettura, vita condominiale, at.).

Inoltre, fornisce spunti ed input tesi a stimolare le funzioni cognitive sia sul versante del tenerle in allenamento prevenendone in tal modo il depauperamento, sia sul versante della proattività ossia l'aumento della salute, mentre si è ancora in salute (un esempio è la scoperta e l'entrata nel

mondo di Internet che – ragionevolmente guidata così da proteggere, entro confini, dai rischi e pericoli ivi presenti – può aprire nuovi orizzonti di conoscenza ed accrescimento).

Come è per le altre età standard, così anche per la quarta età standard il contesto in cui la psicologa e la psicoterapeuta dell'invecchiamento esercita la professione è quello dello studio (pubblico; in Onlus convenzionate; privato) che a sua volta ne definisce, incontrovertibilmente, il ruolo professionale.

Quindi l'accesso avviene semplicemente quando coraggiosamente l'utente/paziente chiede esplicitamente di iniziare un percorso psicologico clinico piuttosto che di cura psicoterapeutica.

LO PSICOLOGO DELL'INVECCHIAMENTO PATOLOGICO

L'invecchiamento patologico è riferibile ad un accentuato declino generale fisiologico di tutte le funzioni dell'organismo umano, tra cui quelle cognitive, che va a configurarsi in una sindrome clinica denominata demenza.

Le demenze più diffuse sono la demenza senile, la demenza arteriopatica, la malattia di Pick e l'Alzheimer.

INTRODUZIONE

Le sintomatologie più frequenti sono:

- Gravi disturbi della memoria sia dichiarativa sia procedurale, delle abilità d'attenzione e di concentrazione, dell'orientamento nel tempo e nello spazio;
- Serie difficoltà linguisticamente ed emotive –affettive (angoscia, depressione, apatia, aggressività);
- Disordini psichiatrici quali allucinazioni, illusioni, deliri.

Lo psicologo, il neuropsicologo e lo psicoterapeuta specializzati nell'intervento sull'invecchiamento patologico, dispongono di tecniche e strategie – sovente, ma non esclusivamente cognitive - per la riabilitazione psicogeriatrica.

Tali tecniche e strategie sono strettamente condizionate dalla stimolazione delle funzioni residue.

Recentemente son stati riscontrati risultati incoraggianti in merito all'efficacia di tali trattamenti anche per il Parkinson.

I contesti in cui la psicologia dell'invecchiamento patologico potrebbe essere applicata sono sia della famiglia, sia della comunità sociale (la società, l'ambiente sociale), sia i centri diurni di aggregazione, sia delle Comunità di riabilitazione

INTRODUZIONE

psicogeriatrica (cliniche e case di cura pubbliche; convenzionate con il welfare pubblico; private), sia reparti geriatrici ospedalieri.

In questo testo potrete, a seguire, leggere i contributi specifici delle colleghe e dei colleghi così da conoscere servizi, obiettivi, vantaggi, proposte, progetti, interventi della psicologia, psicoterapia, terapia riabilitativa, neuropsicologia dell'invecchiamento, in special modo in riferimento all'invecchiamento patologico.

A nome dell'intero Gruppo esprimo la speranza che possiate trovare la lettura gradevole, interessante, evocativa ed al contempo utile e funzionale.

BUONA LETTURA

Sara Moncalieri

Bibliografia

Cesa-Bianchi M. (1987), *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

LA FIGURA DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA SOCIO SANITARIA DI REGIONE LOMBARDIA

Di S. N. Leotta

PAROLE CHIAVE

Delibere del consiglio regionale (D.g.r.);
Normativa Regionale in ambito socio-sanitario; la
figura professionale dello psicologo.

CONTESTO E SERVIZIO

Unità d'offerta nel dominio socio-sanitario,
residenze sanitarie assistenziali, centri diurni,
assistenza domiciliare integrata in Regione
Lombardia. La normativa di autorizzazione al
funzionamento e di accreditamento.

UTENZA E PATOLOGIE

Anziano fragile e/o dipendente con
multipatologie.

ATTIVITÀ SVOLTA

Analisi del ruolo dello psicologo, all'interno della normativa di Regione Lombardia, in materia di D.g.r., ambito sociosanitario, area anziani.

NARRATIVA

Gli scenari delle politiche pubbliche sono in continua evoluzione. Le riforme degli ultimi anni stanno favorendo forme di governo decentrate.

A partire dagli anni 90, le pressioni comunitarie e la spinta alla realizzazione di un patto di stabilità interna, hanno condotto il legislatore a proporre politiche sanitarie, volte a introdurre modelli organizzativi, a dimensione regionale. Il processo di modifica organizzativa non poteva prescindere da una definizione puntuale dei contenuti assistenziali che il sistema sanitario deve continuare a garantire.

Nel 1992 vengono introdotti i livelli essenziali di assistenza (LEA), come strumento di salvaguardia dei principi di universalità nell'accesso alle prestazioni erogate e di equità del servizio. I LEA indicano quali sono le prestazioni che si ha diritto a ricevere, ma non precisano né la modalità di erogazione, né il quantum. Spetta alle Regioni la podestà legislativa esclusiva, in materia sanitaria,

LA FIGURA

DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA
SOCIOSANITARIA REGIONALE

di definizione di assistenza e organizzazione. (art.117 disegno di legge costituzione n°2544-bis). Regione Lombardia, mediante una serie di delibere della giunta regionale (D.g.r.), norma l'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale. In ambito sanitario le D.g.r. negli ultimi anni, sono state numerose, esplicitazione di un pensiero politico in continua evoluzione, tendente ad una maggiore e più efficace risposta ai bisogni assistenziali della popolazione.

Per quanto riguarda il presente contributo, ci soffermeremo esclusivamente sul dominio socio-sanitario, area anziani. Considereremo le principali D.g.r. in materia, riguardo alla definizione degli assetti minimi da garantire



LA FIGURA

DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA
SOCIOSANITARIA REGIONALE

per le unità d'offerta maggiormente interessate dalla popolazione anziana (Residenze Sanitarie Assistenziali -RSA-; Centri Diurni Integrati -CDI-; Assistenza Domiciliare Integrata -ADI-).

Regione Lombardia indica agli enti gestori quali debbano essere i requisiti necessari per poter operare nel territorio lombardo, attraverso un'unità d'offerta di servizi alla persona, sia essa residenziale, semi-residenziale, o domiciliare (RSA, CDI, ADI).

L'attività di governo circa l'assetto organizzativo e il rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni sono state normate da Regione Lombardia nel 2014 (ultime modifiche ad oggi). Nel dettaglio con la seduta del consiglio regionale del 31/10/2014 è stata adottata la D.g.r. 2569, "revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta socio-sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo", la quale norma i requisiti generali soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici, necessari per ottenere e mantenere l'autorizzazione al funzionamento come unità d'offerta in ambito socio sanitario, anche in regime di accreditamento.

Con la seduta del 08/05/2014, è stata adottata la D.g.r. 1765: "Il sistema dei controlli in ambito socio sanitario, definizione degli indicatori

LA FIGURA

DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA
SOCIOSANITARIA REGIONALE

di appropriatezza in attuazione della D.g.r. X/1185 del 20/12/2013", la quale indica i requisiti di appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi in ambito socio sanitari, a cui attenersi ai fini del mantenimento dei requisiti di funzionamento e accreditamento.

All'interno dei testi legislativi sopracitati, sono numerosi gli spunti che rimandano alla professionalità dello psicologo, nonostante quest'ultima, in qualità di figura professionale, non sia mai stata inserita tra le figure obbligatorie ai fini dell'autorizzazione al funzionamento.

Le D.g.r. di settore, ovvero le delibere di giunta regionale che hanno stabilito i criteri di funzionamento delle singole unità d'offerta (la D.g.r. 8494 del 08/04/2002 inerente i centri diurni integrati, la 3541 del 30/12/2012 inerente l'assistenza domiciliare integrata e la D.g.r. 7435 del 14/12/2001 inerente le residenze sanitarie assistenziali) citano la figura dello psicologo come una professionalità che può concorrere al mantenimento degli standard di accreditamento esclusivamente in funzione dei bisogni emergenti dell'utenza interessata. Quella dello psicologo non è una professionalità ritenuta necessaria e obbligatoria.

Una prima riflessione necessaria: lo psicologo, come professionista, non svolge un ruolo centrale (per Regione Lombardia),

LA FIGURA

DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA
SOCIOSANITARIA REGIONALE

quando si pensa alla struttura gestionale e organizzativa di unità d'offerta sociosanitarie (naturalmente limitatamente alle realtà delle RSA, CDI e ADI). La presa in carico dell'anziano sembra, superficialmente, non prenderne in considerazione la dimensione psicologica. Si sottolinea l'aggettivo: superficialmente, in quanto leggendo i testi delle delibere, più volte incontriamo il termine *"dimensione psicologica"*; inoltre il passaggio paradigmatico dal concetto di *"cura"* a quello di *"prendersi cura"* è incentrato sulla globalità della persona, de-ospedalizzando la cultura delle unità d'offerta in ambito sociosanitario. Nonostante ciò, si confina il *"protagonista"* della dimensione psicologica in un'area d'ombra, laddove la Regione non ne *"pretende"* la presenza ed è l'ente gestore ad essere chiamato in causa per deciderne le sorti (metaforicamente, nel senso di poterlo o meno aggregare all'équipe di gestione della presa in carico, al di là della peculiarità dell'utenza interessata).

Nella D.g.r. 2569 (*"sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta"*), viene definito cosa si intende per Fasas (Fascicolo socio sanitario assistenziale) e la sua composizione, ovvero l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito. Si indica che nella sezione relativa all'analisi e alla valutazione del singolo utente (punto 2.2.5 lettera "d") deve

LA FIGURA

DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA
SOCIOSANITARIA REGIONALE

essere presente la documentazione riferita anche agli aspetti psicologici. Inoltre si fa riferimento ad alcune aree di interesse collettivo, che l'ente gestore deve approfondire con specifici progetti (punto 3.2.1), tra i quali un'attività di sostegno rivolta alle famiglie e ai caregiver. Nella sezione del testo in cui si delineano le linee guida rispetto ai principi di formazione del personale (punto 3.2.3 lettera "c"), l'ente gestore deve *"assicurare il fabbisogno formativo di tutti gli operatori [...], sulla base delle esigenze specifiche rispetto all'utenza da assistere e su tematiche relative all'umanizzazione delle cure"*; deve, inoltre, *"prevedere per tutti gli operatori la formazione su tematiche relative alla comunicazione e alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti"*.

Nella D.g.r. 1765, Regione Lombardia, vengono esplicitate le aree di appropriatezza prestazionale specifica, ovvero le aree più significative per ciascuna tipologia di struttura/utenza; per ogni area vengono identificati degli indicatori di ciascuna unità d'offerta che consentono di valutare l'appropriatezza di una o più fasi del processo assistenziale. In totale le aree di appropriatezza specifica per le residenze sanitarie assistenziali sono otto, una delle quali è denominata area cognitiva, per la quale l'indicatore è rappresentato dalla presenza di un piano progettuale individualizzato per tutti

LA FIGURA

DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA
SOCIOSANITARIA REGIONALE

gli utenti con deterioramento cognitivo (MMSE uguale o minore di 19/30).

È evidente che sia implicitamente chiamata in causa la figura dello psicologo, non più vincolato ai bisogni emergenti dell'utenza interessata, come sottolineato nelle D.g.r. di settore. Del resto, la valutazione psicologica citata nella D.g.r. 2569, non può che essere un esplicito richiamo alla figura professionale dello psicologo, così come l'ambito di intervento, da considerarsi obbligatorio, del sostegno alle famiglie e ai caregiver, oppure la formazione su tematiche quali l'umanizzazione delle cure, la comunicazione e la gestione dei conflitti. Leggendo il testo, non si può non prevedere l'inserimento dello psicologo nell'organico stabile di tali unità d'offerta.

In realtà tale considerazione e riflessione è rimandata ai singoli enti gestori, i quali possono autonomamente decidere se inserire lo psicologo nell'organico, oppure se utilizzare altre figure professionali. È l'ente gestore che decide se e come inserire lo psicologo nell'organico; nessun obbligo di legge ne presuppone la presenza, se non in funzione delle peculiarità dell'utenza. L'ente gestore è posto di fronte a una scelta, libera da vincoli. L'ente regionale (azienda territoriale sanitaria, ATS, ASL fino al 2016), che supervisiona il mantenimento dei requisiti delle

LA FIGURA

DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA
SOCIOSANITARIA REGIONALE

unità d'offerta, in sede di verifiche ispettive, si limita a verificare la presenza o meno della documentazione richiesta, senza pretendere che il professionista che la presiede sia, nello specifico, uno psicologo. Per esempio, per quanto concerne l'area cognitiva, i test applicati, la progettazione effettuata e gli interventi effettivamente svolti vengono ritenuti appropriati anche se a presiederli non è uno psicologo. Sono mansioni che possono essere svolte da un'altra figura professionale che opera nel campo del sociale (educatore professionale, assistente sociale, etc.).

La figura dello psicologo all'interno della normativa sociosanitaria, area anziani, di Regione Lombardia, allo stato attuale, non è incidente. È evidente che l'idea progettuale che ha motivato le delibere, sopracitate, non voglia ignorare il dominio psicologico nella presa in carico; così come è indiscutibile un'evoluzione del pensiero di assistenza che guardi all'utenza nella sua globalità, non più solo come paziente, ma come persona con un suo benessere clinico, sociale e psicologico.

È, altresì, importante sottolineare la tendenza di diversi enti gestori, che operano in questo campo assistenziale, di dare fiducia e spazio alla figura dello psicologo nelle realtà organizzative. Spazio che, puntualmente, viene valorizzato dalle diverse

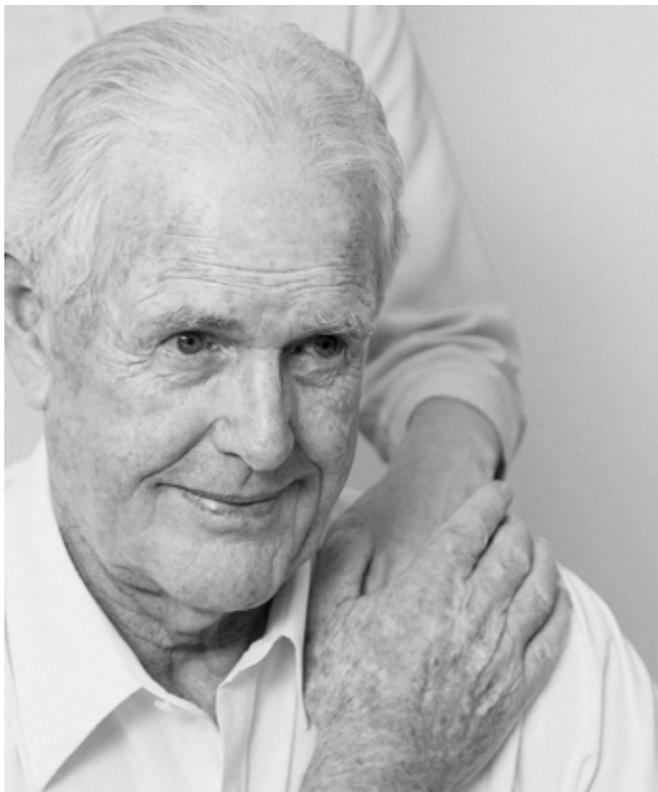
LA FIGURA

DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLA NORMATIVA
SOCIOSANITARIA REGIONALE

équipe della Ats, con note di cosiddette “buone prassi”, riportate sui verbali di ispezione, in sede di sopralluogo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- www.senato.it
- www.bollettino.regione.lombardia.it
- www.lombardiasociale.it/2014/12/01/nuovi-requisiti-di-accreditamento-per-le-unita-di-offerta-sociosanitarie/



LA FIGURA DELLO PSICOLOGO IN RSA

Di N. Berruti

PAROLE CHIAVE

RSA; Stati Vegetativi; Demenze; Nuclei Alzheimer;
RSA Aperta.

CONTESTO E SERVIZIO

“La RSA è una struttura extra-ospedaliera per anziani disabili, prevalentemente non autosufficienti, non assistibili a domicilio, bisognose di trattamenti continui e persistenti, finalizzata a fornire accoglienza ed erogazione di prestazioni: sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale; essa va intesa come la struttura residenziale, della rete dei servizi territoriali, in cui deve realizzarsi il massimo della integrazione degli interventi sanitari e sociali” (POA, 1992).

“Le RSA sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa,

accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome" (DPR, 1997).

La RSA, in accordo con la normativa nazionale, è una struttura del territorio destinata ad accogliere - per ricoveri temporanei o a tempo indeterminato - gli anziani non autosufficienti, cui deve offrire:

- una sistemazione residenziale (*Residenza*) con una connotazione il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione tra gli anziani ospiti;
- tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi (*Sanitaria*) necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni; nonché gli interventi volti a recuperare e sostenere l'autonomia dei degenti;
- un'assistenza individualizzata (*Assistenziale*), orientata alla tutela ed al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali ed alla promozione del benessere. (SIGG, 2002)

In Regione Lombardia, la figura dello psicologo non è presente direttamente nello standard

assistenziale richiesto dalle RSA, se non *“al fine di rispondere all’esigenza di disporre di personale qualificato per ogni possibile supporto all’anziano”* e *“possono altresì concorrere al raggiungimento degli standard altri operatori [...] utilmente impiegati ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati nel P.A.I.”* (DGR n.7/12618, 2003).

Per quanto riguarda, invece, le RSA che accolgono ospiti in Stato Vegetativo, è richiesta la consulenza specialistica dello psicologo: *“I minuti di assistenza indicati sono raggiunti attraverso il coinvolgimento di una équipe dedicata composta dai seguenti operatori [...] consulenze specialistiche: neurologo, fisiatra, psicologo”* (DGR n.10/2124, 2011).

UTENZA E PATOLOGIE

Gli utenti che sono ospiti della RSA hanno le seguenti caratteristiche:

- età di interesse geriatrico (di norma ≥ 65 anni, ma ormai le età medie si avvicinano e spesso superano gli 80 anni);
- perdita dell’autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbilità, severità ed instabilità clinica, non tali da richiedere cure intensive ospedaliere;

LO PSICOLOGO

IN RSA

- condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
- necessità di assistenza tutelare comprensiva del mantenimento dei contatti sociali e di programmi di animazione.

Le patologie che più frequentemente lo psicologo incontra nel suo lavoro sono: le varie forme di *demenza* (Malattia di Alzheimer, demenza fronto-temporale, demenza dei Corpi di Lewy, demenza vascolare...); malattie psichiatriche; ospiti in Stato Vegetativo e con Malattia del motoneurone (es. SLA). Altri utenti che possono beneficiare di un servizio di psicologia sono i familiari degli ospiti ricoverati e gli operatori (ASA e OSS, oltre agli altri membri dell'equipe) che lavorano all'interno della RSA. Inoltre, lo psicologo aiuta l'organizzazione della struttura a migliorare e coordinare i servizi (funzione trasversale) e a leggere i processi al suo interno.



ATTIVITÀ SVOLTA

Lo psicologo in RSA svolge diverse attività:

- **favorisce l'accoglienza:** accompagna gli ospiti ed i famigliari nel delicato momento dell'inserimento, dell'adattamento e della convivenza in struttura. Esplora motivazioni e aspettative rispetto al ricovero ed aumentare la consapevolezza (da parte soprattutto dei famigliari) nella scelta, a volte sofferta, di questo servizio, indagando le relative ambivalenze (sensi di colpa nell'affidare il proprio congiunto a persone estranee).
- **compie valutazioni:** indaga le funzioni cognitive, il tono dell'umore e i disturbi comportamentali. Verifica l'adattamento della persona all'ambiente. Raccoglie elementi, insieme agli altri membri dell'equipe, per la costruzione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato). Utilizza come strumenti clinici il colloquio, l'osservazione e somministra test neuropsicologici.
- **effettua esercizi per stimolare le funzioni cognitive** (ad esempio, memoria, attenzione, percezione, linguaggio) al fine di rallentare il decadimento cognitivo e favorire, qualora l'attività fosse di gruppo, la socializzazione e coesione tra gli ospiti.
- **offre sostegno agli ospiti e ai famigliari:** valorizza le risorse individuali e i bisogni

dell'ospite. Accompagnare i famigliari durante la malattia del loro congiunto ed elaborare il lutto anticipato

- **offre formazione e supervisione agli operatori:** aumenta le competenze relazionali e comunicative sia verso l'utenza e i famigliari sia tra gli operatori; migliorare la presa in carico dell'ospite; analizzare e gestire le dinamiche intra e interpersonali
- **favorisce l'integrazione multidisciplinare** e la partecipazione di ogni componente dell'equipe.

Lo psicologo può avere un ruolo specifico all'interno dei *Nuclei Alzheimer* (reparti che accolgono persone affette da demenza con disturbi comportamentali), nei quali supporta i famigliari nel gestire emotivamente le diverse problematiche, aiuta gli operatori nel lavoro di cura e collabora con l'equipe per favorire una migliore qualità di vita per gli ospiti.

Oltre alle attività interne alla struttura, lo psicologo, grazie alla Misura 4 "RSA Aperta" (ai sensi della D.G.R. n° 856/2013 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili" della Regione Lombardia), può operare anche a domicilio, in una logica di multiservizi e flessibilità delle RSA. "RSA Aperta" è rivolta a persone affette da demenza certificata da specialista UVA o neurologo/geriatra e a persone non autosufficienti di età superiore ai

75 anni. Prevede interventi flessibili, quali ad esempio integrazione del lavoro del *caregiver*, addestramento del *caregiver* a interventi di stimolazione cognitiva, adattamento degli ambienti ecc., adeguati ai bisogni della persona ed erogabili dalle RSA sia a domicilio che in struttura. Si realizza, mediante l'attribuzione, a seguito di valutazione multidimensionale, di Voucher differenziati secondo l'intensità del bisogno e corrispondenti a profili assistenziali di bassa, media e/o alta intensità. Nello specifico, questa Misura prevede lo psicologo tra le figure del mix professionale: "consulenze/prestazioni di personale specialistico in relazione ai bisogni della famiglia e della persona (es. *psicologo*, *geriatra* ecc.)".

NARRATIVA

L'esperienza dello psicologo con le persone in Stato Vegetativo in RSA è relativamente recente. Lo stato vegetativo è descritto come una condizione di "mancanza di evidenti segni di coscienza di sé e dell'ambiente con incapacità a interagire con gli altri, mancanza di risposte comportamentali a stimoli visivi, uditivi, tattili e nocicettivi, mancanza di comprensione ed espressione verbale, presenza di manifestazioni cicliche del ritmo sonno-veglia, conservazione di funzioni ipotalamiche e tronco-encefaliche

LO PSICOLOGO

IN RSA

sufficienti a mantenere la sopravvivenza sia pur con assistenza medico-infermieristica, incontinenza sfinterica e parziale conservazione di certi riflessi dei nervi cranici” (Multi-Society Task Force, 1994). Negli ultimi anni, sempre più RSA lombarde hanno accolto persone in SV in posti letto ordinari o in nuclei specialistici dedicati, dopo una degenza presso una struttura ospedaliera/riabilitativa.

In questo contesto, la Fondazione Brescia Solidale Onlus di Brescia, che gestisce due RSA, ha in carico sei persone in SV. Dal 2013 lo psicologo è presente ogni settimana in struttura ed aiuta l’equipe nel lavoro di cura. I destinatari dell’intervento psicologico sono i famigliari degli ospiti in SV e gli operatori del reparto. Il vissuto dei famigliari, ed il percorso emotivo, è “in parte simile a quello deve affrontare chi vive la perdita di una persona cara e ne deve elaborare il lutto; ma [...] è lo stato vegetativo può essere considerato un paradosso emotivo per i familiari perché non permette l’elaborazione del lutto non essendo il paziente morto e presentando movimenti involontari ed una maggior autonomia dagli ausili rispetto a quando si trovava in terapia intensiva. Nonostante la gravità della condizione clinica il corpo sopravvive e questo renderebbe socialmente inaccettabile l’elaborazione del lutto e un allontanamento dal paziente” (Chiambretto P., Vanoli D., 2006). Il compito dello psicologo,

in questo caso, è di supportare i famigliari in questo “tempo sospeso” ed di accompagnarli emotivamente durante la degenza, aiutandoli ad inserirsi nelle attività quotidiane della struttura. Sono presenti nei famigliari sintomi ansiosi, dati dal difficile “controllo” della condizione clinica del loro congiunto e dall’impossibilità di cambiare la situazione (sentimenti di impotenza). Inoltre, lo psicologo opera una supervisione degli operatori, al fine di prevenire la sindrome del burn-out e di facilitare la condivisione di obiettivi comuni dell’equipe nei confronti degli ospiti e dei famigliari in SV. Anche gli operatori possono sviluppare le medesime reazioni dei famigliari (senso di impotenza, precarietà...). Lo psicologo, quindi, può svolgere un importante ruolo di raccordo tra famigliari ed operatori, per una buona alleanza terapeutica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Chiambretto P., Vanoli, D. (2006). *Le reazioni dei familiari allo stato vegetativo*. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Suppl Psicologia* (pp. 15-21).
- D.G.R. 25/10/2013 n° 10/856 *“Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili”*. Regione Lombardia
- D.P.R. 14.01.1997 *“Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e*

alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private."

- DGR 4/08/2011 n. 10/2124: *linee di indirizzo per l'assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del fondo sanitario. Regione Lombardia*
- DGR 7/4/ 2003 n.7/12618: *definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e all'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (R.S.A.). Regione Lombardia*
- Linee Guida della SIGG per le RSA. (2002). Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
- Multi-Society Task Force on PVS. (1994). Medical Aspects of the Persistent Vegetative State. N Engl J Med, 330: 1572-79.
- Progetto obiettivo *"Tutela della salute degli anziani 1991-1995"* approvato con risoluzione parlamentare del 30.01.1992, a stralcio del Piano Sanitario Nazionale.

ASCOLTARE L'OPERATORE: Verso un benessere psicologico del professionista e un benessere economico dell'azienda.

Di S. N. Leotta

PAROLE CHIAVE

Stress lavoro correlato; Burnout; sostegno psicologico; analisi del contesto lavorativo; benessere psicologico; benessere economico.

CONTESTO E SERVIZIO

Unità d'offerta nel dominio socio-sanitario, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, residenze sanitarie per disabili.
Servizio di supporto sociale, sanitario e assistenziale alla persona.

UTENZA E PATOLOGIE

Anziano fragile e/o dipendente con multipatologie; adulto portatore di handicap.

ATTIVITÀ SVOLTA

Sportello Ascolto Operatori, presso le unità d'offerta socio-sanitaria (RSA; CDI; RSD) dell'ente gestore Istituto Geriatrico Milanese.

Operatori coinvolti: ASA/OSS; infermieri; medici; fisioterapisti; educatori; assistente sociale; coordinatori dei servizi; dirigenti.

NARRATIVA

Il progetto "Sportello Ascolto Operatori" nasce nel 2011 all'interno del processo di valutazione del rischio di stress lavoro-correlato dell'Istituto Geriatrico Milanese. Lo Stress, secondo la definizione proposta dalla Commissione Europea, è "uno stato emotivo caratterizzato da elevati livelli di eccitazione ed ansia, spesso accompagnati da senso di inadeguatezza". Rappresenta il secondo problema di salute legato all'attività lavorativa maggiormente riferito ed interessa quasi un lavoratore europeo su quattro. Dagli studi condotti risulta che circa il 55% dell'assenteismo lavorativo è dovuto allo stress. I problemi di stress sul luogo di lavoro rappresentano quindi un fenomeno di vasta portata. Le motivazioni più rilevanti sono: innovazioni apportate all'organizzazione e gestione del lavoro; precarietà del lavoro; aumento del ritmo e del carico lavorativo; elevate pressioni emotive esercitate sul lavoratore; violenza e molestie di natura psicologica; scarso equilibrio tra lavoro e vita privata. Lo stress legato all'attività lavorativa si manifesta quando le persone percepiscono uno squilibrio tra le richieste avanzate nei loro confronti (domanda percepita) e le risorse a loro disposizione per far fronte a tali richieste (percezione delle proprie capacità).

Se prolungato nel tempo, il vissuto di disagio che ne deriva può portare ad un rischio per la sicurezza e per la salute, sia mentale che fisica, della persona.

Il termine "Sindrome del Burnout" definisce gli atteggiamenti di nervosismo, irrequietezza, apatia, isolamento, negativismo e indifferenza degli operatori sanitari nei confronti del proprio lavoro e dei pazienti in seguito ad un eccessivo accumulo di stress. Il modello della Maslach (1981) definisce il burnout come una sindrome psicologica caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione (eccesso di distacco e di negatività con conseguente disumanizzazione della relazione con il paziente) e scarsa realizzazione personale.

All'interno della RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) esiste uno Sportello di Consulenza e Sostegno Psicologico gestito e diretto dalle Psicologhe interne iscritte all'Ordine degli Psicologi a cui in modo gratuito e facoltativo, possono accedere tutti i lavoratori dipendenti. Lo "Sportello Ascolto Operatori" intende essere uno spazio, fisico ed emotivo, atto ad accogliere i bisogni specifici espressi dalla persona e a suggerire strategie volte a promuoverne il benessere globale; uno spazio in cui sia possibile parlare delle proprie esperienze e riflettere su di esse, per poterle sentire accolte, contenute e possibilmente restituite con una valenza più tollerabile. Lo Sportello dà la possibilità a tutti i dipendenti della Struttura di avere un punto di riferimento interno che conosce il disagio e le patologie reattive ai fenomeni di stress che agiscono ed intervengono sul posto di lavoro e che possono influire sulla loro efficienza, sicurezza e produttività. Gli interventi dello Sportello prevedono l'accoglienza, l'ascolto attento, la valutazione della problematica esposta e l'eventuale presa in carico della situazione per tutti i problemi che generano preoccupazioni o ansia nei dipendenti. Gli interventi possono essere attivati anche nei casi in cui le problematiche hanno

cause extra-lavorative (personali, familiari o sociali). Momento centrale dell'attività di Sportello è il colloquio, attraverso cui lo Psicologo accoglie le dichiarazioni comunicative, verbali e non, della persona. L'ascolto mira a promuovere una maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali in cui la persona si trova quotidianamente coinvolta, oltre che dei propri bisogni e delle ragioni profonde delle difficoltà personali, nell'ottica di un' esplorazione del bagaglio di risorse e di energie possibili, da attivare per favorire nuovi equilibri e opportuni cambiamenti adattivi.

Nel corso del primo colloquio si effettua un'analisi della domanda e si individuano gli obiettivi, concordando con l'operatore l'intervento più adeguato da effettuare.

Nel caso in cui la problematica riportata riguardi difficoltà relazionali e comunicative tra colleghi, con un ospite e/o con un familiare, si procede proponendo all'operatore diversi possibili interventi a seconda della specificità della domanda: lo psicologo può confrontarsi con il soggetto segnalato dall'operatore al fine di mediare nella relazione e chiarire la problematica riportata; può organizzare un incontro di confronto tra l'operatore che ha chiesto aiuto e il soggetto interessato, mediando nella comunicazione fra i due; lo psicologo può condividere la problematica riportata con la Direzione (concordando con l'operatore quale figura risulti più funzionale contattare), al fine di gestire e sostenere l'operatore, dando voce al suo malessere; nel caso in cui la stessa problematica sia riportata da più operatori (ad es. la gestione della relazione con un familiare/ospite), lo psicologo può organizzare un gruppo di supervisione sul caso.

Gli obiettivi generali che ci si è posti sono: offrire uno spazio in cui la persona possa sentirsi libera di esprimere i propri disagi, all'interno di una relazione di aiuto; aiutare la persona ad affrontare, con maggiore consapevolezza, un problema relazionale, emotivo e/o esistenziale, aumentandone il livello di comprensione e di criticità nel qui ed ora; aiutare ad identificare ed attivare risorse sul territorio e, se opportuno, intervenire anche tramite segnalazione o invio ad altre sedi; stimolare la persona affinché diventi più consapevole delle proprie risorse e competenze attivabili; promuovere il dialogo e la condivisione di emozioni ed esperienze, causa di disagio e malessere della persona; superare l'isolazionismo e il senso di solitudine dell'operatore, che spesso si sente abbandonato e impotente, favorendo la reciprocità dell'aiuto e il senso di appartenenza; prevenire lo stress lavorativo e il conseguente burnout; riscoprire la qualità del proprio lavoro ed aumentare il livello di soddisfazione personale ad esso associato.

Chi svolge attività di cura con le persone anziane è esposto quotidianamente a considerevoli carichi di stress. In particolare, l'operatore socio-assistenziale è la figura professionale che entra maggiormente in contatto con la persona fragile, sostituendosi in quelle autonomie perdute o portando aiuto in quelle residue. Questo ruolo richiede quindi specifiche competenze: l'operatore deve possedere un adeguato livello di auto-consapevolezza al fine di monitorare il proprio stato emotivo e di comprendere il proprio modo di relazionarsi con l'altro (anziano, familiare, collega). Gli obiettivi specifici rispetto al lavoro con gli operatori ASA sono: aiutare a gestire lo stress; stimolare alla condivisione delle difficoltà incontrate nell'ambiente lavorativo; migliorare la relazione e la comunicazione con l'anziano e con i suoi

familiari; migliorare i rapporti interpersonali tra gli operatori della struttura al fine di favorire una maggiore coesione nel compito del prendersi cura dell'utente; facilitare la comunicazione tra gli operatori e i responsabili di struttura al fine di creare un miglior clima emotivo.

Nonostante non sia stata strutturata nei termini della ricerca scientifica, l'esperienza condotta dal 2011 ad oggi si presta ad una serie di riflessioni. Alcuni dati possono essere estrapolati dalle banche dati aziendali, per esempio gli indici dell'assenteismo nel confronto dal 2011 al 2016; altri possono essere desunti dalla customer satisfaction, compilata con cadenza annuale dagli operatori. I primi dati ci permettono di avanzare delle riflessioni circa l'impatto dell'esperienza descritta sull'assenteismo degli operatori. Sicuramente lo "Sportello Ascolto Operatori" sarà una delle variabili incidenti e in futuro dovrebbe essere indagato con

maggiore rigosità scientifica. Nel 2011 le giornate computate come assenza per malattia e infortuni sono state circa 7000 tra tutte le unità d'offerta dell'Istituto Geriatrico Milanese; nel corso degli anni (dal 2012 al 2016) si evidenzia una continua e costante riduzione di tale dato. Nel 2016 sono state computate il 43% di giornate di assenza in



meno rispetto al 2011. Negli anni precedenti al 2011 tale dato era abbastanza costante, con una variabilità del 5% circa. Seguendo gli studi condotti in materia di correlazione tra assenteismo e stress lavoro correlato, quest'ultimo aspetto incide del 55% sul totale delle giornate di assenza. Per un'azienda l'assenteismo ha un costo non solo diretto (per l'assunzione di altro personale per garantire la continuità lavorativa), ma anche indiretto: si consideri, per esempio, la formazione del personale neo assunto a titolo sostitutivo, l'affiancamento del nuovo personale, la riorganizzazione dei reparti per permettere un bilanciamento delle risorse, il tempo impiegato dagli uffici amministrativi per il reclutamento, la stesura dei contratti di lavoro, gli assolvimenti legislativi. È in questi termini che la nostra riflessione ci permette di poter accennare al concetto di "benessere economico dell'azienda".

I dati della customer satisfaction dal 2011 al 2016 evidenziano un continuo e progressivo miglioramento in tutte le aree che indagano: la qualità delle relazioni all'interno dell'azienda e il clima lavorativo. Sicuramente il concetto di benessere psicologico è molto ampio e complesso e, in futuro, potrebbe rappresentare un'interessante area di ulteriore indagine scientifica. Allo stato attuale ci permette di poter avanzare una riflessione inerente la correlazione tra uno spazio strutturato di ascolto e un evidente miglioramento di alcuni indici che presuppongono una sorta di "benessere psicologico aziendale".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- <https://osha.europa.eu/>
- <http://osha.europa.eu/topics/stress>
- <http://osha.europa.eu/topics/stress;>
- Maslach C., Jackson S.E. (1981), *"The measurement of experienced burnout"*, Journal of organizational behavior.
- Hassard J. et al., (2004), *"Il calcolo dei costi dello stress e dei rischi psico-sociali nei luoghi di lavoro"*, European agency for safety and health at work.

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANZIANO E NEL CAREGIVER

Di G. E. D'Aniello

PAROLE CHIAVE

Invecchiamento, psicoterapia, terapia cognitivo-comportamentale.

CONTESTO E SERVIZIO

Studi privati, Residenze Sanitario Assistenziali, Istituti di Cura e al domicilio.

UTENZA E PATOLOGIE

Persone over 60 e caregiver di anziani a domicilio e istituzionalizzati. Disturbi di tipo ansioso, depressivo e insonnia connessi all'invecchiamento.

LA TERAPIA

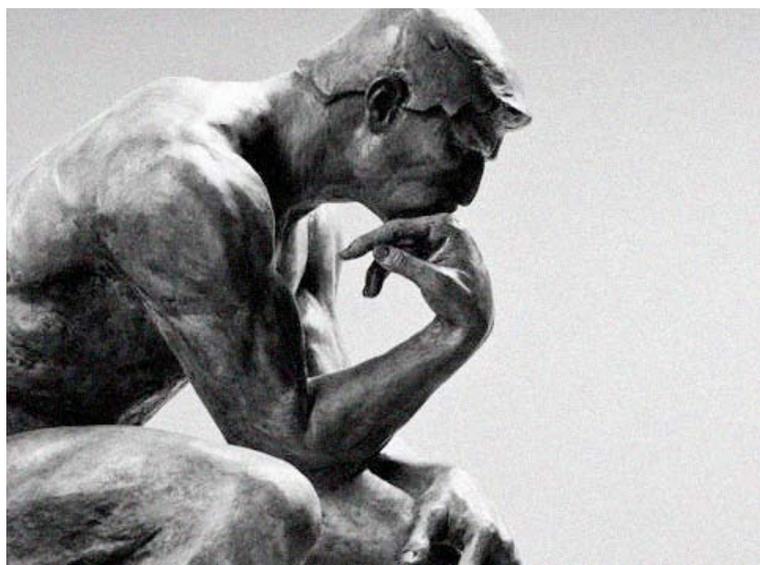
COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANZIANO E NEL CAREGIVER

ATTIVITÀ SVOLTA

Percorso di terapia cognitivo-comportamentale adattato alle esigenze della popolazione anziana.

NARRATIVA

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si è affermata come un trattamento di elezione e efficace per molti disturbi psichiatrici in adulti di tutte le età; i primi testi di A. Beck, che teorizzavano la CBT, non contenevano riferimenti all'età dei pazienti, nonostante il range di età del campione considerato arrivasse solo a 53 anni. Il primo studio che ha valutato l'efficacia della CBT su un gruppo di anziani è apparso a metà degli anni 80 (Steuer 1984). Laidlaw (2015) ha evidenziato come ci sia una buona evidenza a favore della CBT nell'età anziana; a tal proposito,



LA TERAPIA

COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANZIANO E NEL CAREGIVER

negli ultimi anni si è assistito a un incremento di studi evidence-based che hanno portato evidenze a favore dell'efficacia CBT nell'anziano nella gestione di sintomi psicologici (Stanley 2003). Nonostante l'età cronologica non possa essere considerata un valore assoluto sul quale valutare l'opportunità di un percorso psicoterapeutico, appare evidente che ogni forma di terapia abbia la necessità di adattarsi ad una fase di vita nella quale possono emergere variabili determinanti per l'andamento di un percorso di supporto, in special modo se di approccio cognitivo-comportamentale.

Una valutazione preliminare dovrà tenere conto, prima di tutto, del profilo di funzionamento cognitivo del paziente, attraverso uno screening neuropsicologico approfondito, allo scopo di verificare le risorse e le eventuali limitazioni che possono insorgere durante l'invecchiamento. Nel caso di difficoltà di memoria, attentive o esecutivo-frontali, il valutatore dovrà attentamente valutare gli adattamenti da apportare al suo lavoro terapeutico (es. strumenti di supporto nel caso di problemi di memoria). Da tenere presente la considerazione che *"the greater the cognitive impairment, the less the patient will benefit from CBT"* (Chand et al., 2013). Oltre al profilo cognitivo, sarà importante valutare eventuali difficoltà sensoriali che possono riguardare, ad esempio, l'udito o la vista, alla luce

dell'aumento di incidenza di tali problematiche durante l'invecchiamento.

Depressione La sintomatologia depressiva osservata nella persona anziana è legata all'aumento delle comorbidità cliniche, della mortalità e alla riduzione della qualità della vita per fattori terzi (Fiske et al., 2009); tuttavia, la depressione non rappresenta un esito "automatico" e "prevedibile" dell'età anziana, come si intende comunemente pensare. La gran parte delle persone anziane vive l'invecchiamento come una fase di maggiore padronanza e stabilità emotiva (Blazer, 2010): i sintomi emergono perlopiù a seguito di eventi di vita specifici che si verificano con maggiore probabilità in questa fase (la pensione, la perdita del coniuge o di una persona cara) o in concomitanza di complicazioni di salute quali, ad esempio, l'insorgere di un decadimento cognitivo.

La CBT è l'approccio terapeutico orientato all'anziano che ha il maggior numero di ricerche scientifiche a suo supporto: recenti lavori hanno evidenziato come la CBT sia superiore al trattamento usuale in adulti con sintomatologia depressiva sopra i 60, con miglioramenti che si protraggono fino a 2 anni dopo la fine del percorso terapeutico. Inoltre, la CBT può essere usata anche in caso di invecchiamento patologico, ad esempio nel caso di Malattia di

LATERAPIA

COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANZIANO E NEL CAREGIVER

Parkinson e sindromi polmonari croniche. Per quanto concerne il trattamento di pazienti oltre gli 80 anni, gli studi risultano ancora molto limitati e, ad oggi, focalizzati sul coinvolgimento del caregiver di riferimento o dell'equipe di cura nel lavoro di supporto psicologico.

Ansia: i disturbi d'ansia durante l'invecchiamento sono particolarmente diffusi e possono costituire un elemento di disagio e disabilità (Bryant et al., 2008). Ad esempio, la persona anziana può vivere l'insorgere di problematiche di salute legate all'invecchiamento mettendo in atto strategie di controllo quali aumentare le visite e gli esami clinici e rimuginare sulle possibili conseguenze e risvolti futuri; proprio il rimuginio ansioso, qualora la persona non abbia avuto la possibilità di mantenere interessi propri e una buona rete sociale, può rappresentare un serio problema sia quando la persona vive al proprio domicilio sia quando è ricoverata presso un istituto di cura.

La ricerca scientifica ha esaminato l'efficacia della CBT nel trattare vari tipi di disturbi d'ansia nell'anziano; trial randomizzati hanno fornito evidenze a favore della CBT per pazienti anziani con Disturbo d'Ansia Generalizzato. In una metanalisi condotta su 15 studi, Nordhus ha ottenuto dati di supporto a favore di tale ipotesi. Tuttavia, risulta evidente che il lavoro sull'anziano possa non essere comparabile, in termini di efficacia assoluta, a quello sul paziente

LATERAPIA

COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANZIANO E NEL CAREGIVER

giovane e adulto: ciò può essere però in parte dovuto alla mancata valutazione iniziale del paziente, con conseguente sottovalutazione dei limiti cognitivi/sensoriali dello stesso. Risultati promettenti giungono, inoltre, da studi che hanno valutato la possibilità di utilizzare tecniche CBT su disturbi d'ansia rilevati in pazienti con diagnosi di demenza (Kraus et al., 2008) e da interventi comportamentali che hanno coinvolto anche il caregiver (Teri et al., 1997); negli Stati Uniti, il National Institute for Health and Clinical Excellence ha promosso la diffusione di linee guida per l'utilizzo della CBT su sintomatologia ansioso-depressiva in pazienti con demenza.

Una valutazione dei tratti di personalità del paziente anziano e della sua storia di vita rappresentano un aspetto altrettanto cruciale, che permette di comprendere in maniera il più organica possibile il funzionamento della persona: schemi, credenze disfunzionali e pensieri automatici vanno compresi e restituiti durante il lavoro terapeutico, al fine di valutarne i costi e le limitazioni lavorando su possibili alternative. Ciò è tanto valido per la persona anziana quanto per i caregivers, che vivono con alta probabilità difficoltà psicologiche spesso riassunte sotto la definizione di caregiver burden (Zarit et al., 1986): fattori oggetto di un approccio CBT, in questa prospettiva, saranno il senso di competenza di autoefficacia e di autostima (Gonyea et al., 2005).

“.. la questione non è se la CBT sia efficace o no nell’anziano.. ma trovare il modo migliore per apportare gli opportuni cambiamenti alla tecnica terapeutica che si adattino allo stile di pensiero di queste persone.” (Kod

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Blazer D. (2010), *“Protection from late life depression”*. International Psychogeriatrics, 22, 171-173.
- Teri L., Logsdon R.G., Uomoto J. et al., *Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial*. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1997;52(4):P159-P166.
- Bryant C., Jackson H., Ames D. (2008), *“The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature”*, J. Affective Dis., 109, 233.
- Fiske A., Wetherell J.L., Gatz M., *“Depression in older adults”*, Annu Rev Clin Psychol. 2009; 5(1):363–389.
- Gonyea J.G., O’Connor M., Carruth A., Boyle P. (2005), *“Subjective appraisal of Alzheimer’s disease caregiving: the role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden”*, Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen. 20 (5), 273–280.

LATERAPIA

COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANZIANO E NEL CAREGIVER

- Koder D., Brodaty H., Anstey K. (1996), *"Cognitive therapy for depression in the elderly"*, International Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 97–107.
- Kraus C. A., Seignourel P., Balasubramanyam V. et al. (2008), *"Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia: Two case studies"*, Journal of Psychiatric Practice, 14, 186-192.
- Laidlaw K. (2015), *Cognitive Behaviour Therapy for Older People: An Introduction*. London: SAGE Publications.
- Nordhus I.H., Pallesen S., *"Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review"*, J Consult Clin Psychol. 2003;71(4):643-651.
- Stanley M.A., Beck J.G., Novy D.M. et al (2003), *"Cognitive– behavioural treatment of late-life generalized anxiety disorder"*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 309–319.
- Steuer J.L., Mintz J., Hammen C.L. et al (1984), *"Cognitive–behavioural and psychodynamic group psychotherapy in the treatment of geriatric depression"*, Journal of Clinical and Consulting Psychology, 52, 180–189

LA TERAPIA

COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANZIANO E NEL CAREGIVER

- Teri L., Logsdon R.G., Uomoto J. et al., *"Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial"*, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1997;52(4):P159-P166.
- Zarit S., Todd P., Zarit J. (1986), *"Subjective burden of husband and wives as care-givers: a longitudinal study"*, Gerontol. Soc. Am. 26, 260-266.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

QUANDO I GIOCHI NON SONO ANCORA FATTI: la psicoterapia psicoanalitica dell'invecchiamento

Di B. Marchetti

PAROLE CHIAVE

Terapia psicoanalitica, psicoterapia,
invecchiamento

CONTESTO E SERVIZIO

Istituti di Cura, Residenze Sanitario Assistenziali,
Studi privati

UTENZA E PATOLOGIE

Persone over 65 e caregiver di anziani a domicilio
ed istituzionalizzati. Disturbi depressivi, disturbi
d'ansia, disturbi da sintomi somatici.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

ATTIVITÀ SVOLTA

Percorso di psicoterapia psicoanalitica specifico ed adattato alla persona anziana.

NARRATIVA

Sigmund Freud, nel 1898, si interrogava sulla possibilità di trattamento delle persone anziane, esprimendosi a riguardo in modo infausto; secondo l'autore, infatti, *"la terapia fallisce anche con i malati troppo in là con gli anni, perché, considerata la grande quantità del materiale accumulatosi in loro, ci vorrebbe tanto tempo che alla fine del trattamento essi avrebbero raggiunto quel periodo della vita nella quale non si dà più valore alla sanità nervosa"*.

Successivamente e fino alla metà del Novecento, altri autori espressero posizioni pessimistiche a riguardo, tra i quali Helen Deutsch e Balint. A fronte di un panorama scientifico contrario e pessimistico nei confronti di tale argomento, troviamo anche importanti analisti favorevoli al trattamento delle persone anziane; già nel 1919 Abraham scriveva che *"era sbagliato negare a priori la possibilità di un'iniziativa psicoterapeutica psicoanalitica nelle nevrosi della fase involutiva della vita"*.

Segal nel 1958 scrisse un articolo riguardante il trattamento psicoanalitico di un paziente

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

anziano che fece da guida per le successive pubblicazioni in quanto all'epoca considerato molto all'avanguardia; Segal infatti descrisse per prima la differenza tra angoscia di morte cosciente ed inconscia. Nello specifico il suo paziente aveva negato la propria angoscia di morte, rendendola in tal modo inconscia e non assimilabile. La capacità del paziente di riuscire ad accettare la propria angoscia, anche capendo di non poterla modificare, comporta comunque la possibilità di non vivere il restante tempo a disposizione guardando sempre *"nello specchietto retrovisore"*.

Qualche anno dopo, nel 1980, in un congresso della IPA venne presentata la prima relazione ufficiale della psicoanalisi di un paziente anziano, tenuta da Pearl King (Giacobbi, 2013, p.121); l'autrice dichiarò di considerare i pazienti anziani come dei buoni pazienti, non diversi da quelli di altre fasce di età.

Per quanto riguarda la nostra nazione, l'autrice Turillazzi Manfredi, nel 1990, prese una posizione molto decisa e radicale sul tema, affermando che *"se c'è un momento della vita in cui è il caso di fare l'analisi, quello è la vecchiaia"*.

Questo iniziale e basilare cambiamento di prospettiva è stato indubbiamente possibile grazie a due importanti teorizzazioni che hanno portato la comunità scientifica a considerare la possibilità di crescita e cambiamento personale

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO



come caratteristica dell'intero arco di vita della persona; in primo luogo, le teorizzazioni di Erik Erikson, primo autore a discostarsi chiaramente dalle teorie psicoanalitiche classiche ed a teorizzare lo studio delle fasi di vita successive all'adolescenza.

Negli anni settanta, un'altra teorizzazione ha permesso di riavvicinare l'invecchiamento alle altre fasi della vita, ovvero la Prospettiva del Ciclo di vita; questa teoria viene definita come *"il campo di indagine che si occupa di descrivere e spiegare il cambiamento intra-personale, prendendo in considerazione le modificazioni dei soggetti dalla nascita fino alla morte, oltre che*

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

osservare e definire le analogie e le differenze mostrate dagli individui nel loro cambiamento interpersonale” (Baltes, Reese, Lipsitt, 1980).

Il setting e la tecnica

La durata della seduta può essere ridimensionata, se le capacità attentive del paziente lo richiedono, a 45 minuti, oppure essere divisa in due incontri settimanali più brevi.

L’atteggiamento terapeutico, soprattutto con la persona anziana, è empatico, cordiale e supportivo, dove lo psicoterapeuta gioca un ruolo particolarmente attivo; il paziente va infatti incoraggiato a portare in seduta il materiale per lui importante, in quanto gli anziani spesso possono considerare quanto hanno da dire come di scarso interesse per il terapeuta, che potrà porre domande per incoraggiare il paziente a continuare il dialogo.

In questo senso è centrale indagare le quattro aree problematiche peculiari della persona anziana, ovvero lutto non risolto, transizioni di ruolo, contrasti di ruolo e deficit interpersonali (Scocco, De Leo, Pavan, 2001, p. 21).

Nel lavoro analitico il terapeuta può essere reticente ad affrontare tematiche come la sessualità, ma è necessario valutare se questi aspetti siano invece importanti per l’anziano ed eventualmente aiutare quest’ultimo a superare la difficoltà di affrontare un argomento

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

potenzialmente delicato.

Il clinico deve essere particolarmente attento ai più piccoli miglioramenti del paziente ed enfatizzarli attraverso la gratificazione; questo atteggiamento può infatti contribuire ad aumentare l'autostima nel paziente ed incrementare la speranza verso un futuro ancora ricco di sorprese.

Per quanto riguarda l'uso del lettino, è ancora oggetto di controversie; secondo alcuni autori, come ad esempio Turillazzi Manfredi, esso è da prediligere in quanto permette di affrontare egregiamente tutti gli oggetti interni e gli strati del sé; altri autori, come ad esempio Lopez, prediligono altresì un trattamento vis a vis, sottolineando *“la necessità che l'analista sia in grado di offrire un volto reale e vivo su cui sia possibile reinvestire la realtà presente, elaborare le perdite ed i lutti interni ed esterni”* (Lopez, Zorzi Meneguzzo).

Come indicato da S. Giacobbi, la predilezione di uno piuttosto che dell'altro metodo, dipendono dallo specifico contesto analitico, definito da quello specifico analista insieme a quello specifico paziente, nonché dalla premessa clinico-metodologica di base relativa ad una precisa scelta tecnica.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

Fase iniziale

Soprattutto all'inizio del percorso terapeutico è importante mettere in luce le attese del paziente e le sue credenze sul percorso analitico; come terapeuti è necessario tenere conto che spesso le persone anziane non hanno un'idea precisa di quali siano le regole e gli argomenti possibilmente affrontabili in una terapia. È bene quindi spiegare i contenuti, le strategie e le regole di questo percorso, in modo che il paziente ne abbia un'idea chiara prima di iniziare il percorso di analisi.

Nei primi incontri sarà importante per il terapeuta stabilire un'alleanza terapeutica di tipo collaborativo, definire obiettivi nel qui e ora, invogliare il paziente a riprendere attività piacevoli che erano state accantonate, incoraggiare una possibile ripresa delle relazioni interpersonali, incoraggiare la ricerca di strade alternative di pensiero nonché l'auto-osservazione. È necessario in questa fase definire gli obiettivi della psicoterapia; secondo S. Giacobbi, essi possono essere principalmente di tre tipologie.

Gli obiettivi sintomatici hanno come fine la riduzione di un malessere del paziente e dei rispettivi sintomi.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

Gli obiettivi relazionali, invece, riguardano la riduzione dei conflitti all'interno del contesto familiare o relazionale.

Infine, gli **obiettivi intrapsichici** riguardano il superamento di problematiche specificatamente interne, come il superamento di un lutto o la gestione dell'angoscia di morte.

Secondo Quinodoz è importante rendere cosciente il paziente anziano della possibilità di invecchiare in modo attivo, attraverso un lavoro cosciente e condiviso che si occupa di dare coerenza alla propria vita, alla possibilità di vedere in modo unitario il proprio passato e di integrare i ricordi; poter contribuire anche solo in minima parte alla ricostruzione della storia di vita di un paziente anziano può essere una vera soddisfazione che va al di là della semplice pratica terapeutica.

Infine, forse l'obiettivo più importante è quello, come terapeuti, di fornire al paziente la possibilità di dare un senso alla propria esistenza ed alla sofferenza che prova, comportandosi come un buon e preparato compagno di viaggio pronto a rendere testimonianza del cammino condotto all'interno del percorso di terapia.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

Possibili approcci utili nella terapie con l'anziano

La popolazione anziana è molto poco omogenea rispetto alle risorse disponibili, al livello di salute effettiva ed a quello di salute percepita, nonché alla capacità di stare nel rapporto terapeutico. Può essere pertanto utile al terapeuta conoscere alcuni approcci che possono incentivare il paziente, nello specifico quello deteriorato cognitivamente, a rimanere attivo ed a mantenere un buon funzionamento intellettuale ed eventualmente consigliare una concomitante partecipazione del paziente a tali approcci durante il percorso psicoterapeutico. Ci riferiamo in questa sede ad esempio alla terapia di Orientamento alla realtà (ROT), la terapia della reminiscenza ed alla cognitive stimulation therapy (CST), tutti approcci volti a sostenere l'anziano a rischio di deterioramento cognitivo o con deterioramento già presente.

Per quanto riguarda i temi affrontabili, come magistralmente evidenziano Scocco, De Leo e Pavan, essi riguardano " la paura di una diminuzione o della perdita della potenza sessuale, il timore relativo alla propria capacità lavorativa e all'identità di ruolo in rapporto alle problematiche del pensionamento, le tensioni sollevate nella relazione coniugale all'uscita dei figli dal nucleo familiare, l'ansia per il

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

decadimento somatico, le malattie o la necessità di dipendere dagli altri, il pensiero della morte possono produrre una crisi di identità ed un break down delle difese in tutto simili a quelle adolescenziali”.

Infine, forse l’obiettivo più importante è quello, come terapeuti, di fornire al paziente la possibilità di dare un senso alla propria esistenza ed alla sofferenza che prova, comportandosi come un buon e preparato compagno di viaggio pronto a rendere testimonianza del cammino condotto all’interno del percorso di terapia.

Fase conclusiva

L’ultima parte del percorso terapeutico è particolarmente delicata nel caso di pazienti anziani, in quanto fornisce l’opportunità per terapeuta e paziente di ripercorrere gli episodi cruciali della terapia, riassumere le abilità acquisite e rivedere insieme i cambiamenti avvenuti grazie alla terapia.

Essere il terapeuta di un paziente anziano

Questa tipologia specifica della popolazione espone a condizioni differenti da quelle a cui di solito il terapeuta è abituato; per prima cosa, occorre tenere conto di un possibile drop out dovuto all’età avanzata e quindi al fatto che il tempo a disposizione risulta ancora più prezioso.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

Spesso il terapeuta può sentire sulle proprie spalle la responsabilità di una terapia vissuta dal paziente *“come l’ultima possibilità”* di mettere insieme i pezzi, di comprendere se stesso ed il proprio passato; questo vissuto non è certamente facile da accettare e da utilizzare all’interno del rapporto terapeutico.

L’analisi di pazienti anziani, inoltre, comporta un importante impatto emotivo per l’analista, in quanto possono essere attivati sentimenti relativi ai propri genitori, al loro processo di invecchiamento, ai sensi di colpa per la loro morte.

Conclusioni

Il tema dell’invecchiamento della popolazione è un tema più che mai attuale che ci pone davanti a molteplici interrogativi, sia di natura scientifica che di natura etica. Il più grande cambiamento che è avvenuto nell’ultimo mezzo secolo a riguardo dell’invecchiamento è forse stato il fatto di vedere la morte come un grande fallimento e non come parte naturale della vita. Ecco allora che compaiono farmaci in grado di far sopravvivere il corpo più a lungo, ma non meglio; ecco allora il moltiplicarsi sul territorio di tantissime case di riposo, dove gli anziani possono essere assistiti a trecentosessanta gradi, anche se però non si sentono a casa loro, devono condividere gli spazi con perfetti sconosciuti e vedere saltuariamente i propri familiari.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

La società moderna, così prettamente improntata al narcisismo, rende la morte un totale fallimento e una realtà inaccettabile, tanto da cercare il più possibile di evitare anche solo il pensiero. Bernhard Haring, prestigioso teologo, negli anni 70 scriveva: *“molto spesso queste persone terminano la loro vita in uno stato psicologico di isolamento e di estraniamento, con tubi di drenaggio in ogni orifizio, aghi nelle vene, nell’attesa di esalare l’ultimo respiro. Si fanno sforzi eroici per conservare loro la respirazione il più a lungo possibile; in molti casi queste tecniche possono garantire il prolungarsi di segni vitali, ma non possono certamente essere chiamati prolungamento di vita”.*

Ebbene, è forse arrivato il momento, come professionisti ma soprattutto come persone e come futuri anziani, di interrogarci su come poter affiancare alla possibilità ormai resa attuale di vivere a lungo, anche la necessità di vivere in modo dignitoso; la quantità di anni vissuti deve andare di pari passo con la qualità di questi ultimi.

I numeri parlano chiaro: ci saranno sempre più anziani e sempre più bisogno di assistenza emotiva, non solo a questi ultimi, ma anche alle famiglie e ai caregiver.

La psicoterapia può e deve essere una possibilità fornita agli anziani per poter completare il

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

complicato puzzle della loro vita, accettando i pezzi mancanti, quelli rovinati e quelli che finalmente hanno trovato il loro posto.

È importante come professionisti aver chiaro che la vecchiaia non è un'epoca nebulosa ed omogenea della vita, bensì un insieme di più periodi ricchi di sfaccettature, di sfide e di cambiamenti che devono essere accompagnati al meglio, con l'obiettivo di arrivare alla fine del proprio percorso di vita sentendo di aver raggiunto un'integrità sufficientemente soddisfacente, che permetta di sentirsi in pace con il proprio passato.

Concludendo, riporto le parole di Spagnoli (1995) che afferma: *“penso che la psicoterapia delle persone anziane crescerà di importanza nei prossimi decenni. Tuttavia, questa terapia non mirerà alla maturità ed alla saggezza. Invece, la psicoterapia consentirà al vecchio di conoscere la propria follia, di capirne ed apprezzarne gli svantaggi e i vantaggi. I ricordi dell'infanzia e della gioventù potranno essere discussi con lo psicoterapeuta, non al fine di provocare grandi cambiamenti psicologici, ma per apprezzare la tragicomica mascalzonata che sono l'infanzia e la gioventù. Ci deve essere qualcosa di vero nel detto che i bambini e i matti dicono sempre la verità”*.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baltes P.B., Willis S.L. (1982), *"Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Project (ADEPT)"*, pp. 353-389.
- Barba S. (2002), *I Disturbi Cognitivi dell'Invecchiamento, Processi Diagnostici e Percorsi Riabilitativi*, Utet, Torino.
- Cavallero P., Ferrari M., Bertocci B. (2006), *"Solitudine e relazioni sociali: due aspetti della vita delle donne anziane"*, *Psychofenia*, vol.IX, 14. pp. 1-20.
- Chattat R. (2013), *L'invecchiamento. Processi psicologici e strumenti di valutazione*, Carocci Editore, Roma.
- de Beauvoir S. (1970), *La terza età*, Einaudi, Torino.
- De Beni R. (2009), *Psicologia dell'invecchiamento*, Il Mulino, Bologna.
- De Jong Gierveld J. (1998), *"A review of Loneliness: concept and definitions, determinants and consequences"*, *Review in Clinical Gerontology*, 8, pp. 73-80.
- Freud S. (1898), *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi*, Boringhieri, Torino
- Gala C., Guercetti G., Giannetti S. (1990), *"Sindromi demenziali"*, in C. Gala (a cura di), *Psicogeriatría*, Masson, pp. 159-87, Milano.

QUANDO I GIOCHI

SONO ANCORA APERTI: LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
NELL'INVECCHIAMENTO

- Gatteschi D. (1994), *Servizi socio-sanitari e difesa degli anziani*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Giacobbi S. (2013), *Vecchiaia e morte nella società fetalizzata*, Mimesis, Milano.
- Giori D. (1984), *Vecchiaia e società*, Il Mulino, Bologna.
- Pavesi N. (2013), *Lavoro sociale con gli anziani*, Edizioni Erikson, Trento.
- Pronzato A. (2003), *La vecchiaia età della speranza*, Edizioni Gribaudi. Milano
- Quinodoz D. (2009), *Invecchiare. Una scoperta*, Borla Edizioni, Roma.
- Scocco P., De Leo D., Pavan L., (2001), *Manuale di psicoterapia dell'anziano*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Vigorelli P. (2010), *Il Gruppo ABC, un metodo di autoaiuto per i familiari di malati Alzheimer*, FrancoAngeli, Milano.
- Vigorelli P. (2012), *Aria nuova nelle case per anziani, progetti capacitanti*, Franco Angeli, Milano.
- Vigorelli P. (2012), *Cinque minuti per l'accoglienza in RSA. Un metodo basato sull'Approccio Capacitante*, FrancoAngeli, Milano.

METODI NARRATIVI E AUTOBIOGRAFICI PER IL BENESSERE DEI FAMILIARI CAREGIVER

Di R. D'Alfonso e S. La Rocca

PAROLE CHIAVE

RSA Aperta: misura prevista in un progetto sperimentale della Regione Lombardia (DGR 2942/2014) per sostenere le famiglie, con un anziano non autosufficiente, a domicilio e/o in semiresidenzialità presso RSA Accreditate.

Metodi narrativi: metodi che utilizzano la scrittura e le narrazioni all'interno di un processo psicoterapeutico individuale o di gruppo.

Scrittura espressiva: scrittura che aiuta a potenziare l'elaborazione emotiva e cognitiva degli eventi. Furnes (2010) ha suggerito una tipologia di programma di scrittura espressiva da utilizzare nel processo di elaborazione del lutto.

Metodo autobiografico: scrittura clinica autobiografica; è un intervento di sostegno che accompagna la persona nella narrazione della propria storia di vita. I ricordi frammentati vengono riportati alla memoria, "messi in trama" e restituiti come racconto della propria storia con una nuova attribuzione di senso.

Lutto anticipatorio: presa di coscienza dell'imminente perdita

del proprio caro, condizione esperita dai caregiver, che assistono pazienti con patologie degenerative o con esiti negativi certi.

Stress del Care Giver (Caregiver Burden): carico, peso della fatica psico-fisica provata da chi cura e assiste persone affette patologie che richiedono impegno costante, come la demenza.

Resilienza: Capacità di una persona o di un gruppo, nonostante l'esperienza di avvenimenti o condizioni di vita difficili, di riorganizzare positivamente la propria vita.

CONTESTO/SERVIZIO

All'interno dei servizi di cura all'anziano assume un ruolo sempre più importante affiancare agli interventi di valutazione, supporto e stimolazione rivolti agli utenti, anche progetti mirati al sostegno psicologico dei familiari. Quest'ultimo aspetto ricopre

negli ultimi anni sempre maggiore importanza a seguito dell'aumento dell'erogazione dei servizi di semiresidenzialità e di assistenza a domicilio, come quelli previsti all'interno del progetto sperimentale di RSA Aperta della Regione Lombardia. Il familiare infatti si ritrova spesso ad assistere l'anziano affetto da demenza in tempi prolungati della giornata, con conseguente



rischio di aumento dei fattori di stress che potrebbero inficiare, nel breve e medio termine, la qualità della cura stessa.

UTENZA E PATOLOGIE

Il percorso formativo è rivolto a tutti i familiari di servizi diurni che assistono presso il proprio domicilio, un familiare affetto da demenza. L'intervento ha il fine, insieme ad altri supporti attuati in equipe multidisciplinare, di ridurre gli effetti del burden, in particolare i sentimenti di frustrazione, di ansia nella cura del familiare, le difficoltà nell'accettare le limitazioni imposte dalle necessità quotidiane di cura, i cambiamenti relazionali e comunicativi con il proprio congiunto.

ATTIVITÀ SVOLTA

Per rispondere alle esigenze dei familiari è stato organizzato un percorso formativo che ha utilizzato le tecniche narrative. Infatti nel percorso di cura alla persona anziana con demenza i familiari possono esperire una condizione di *lutto anticipatorio*, in quanto subentra la consapevolezza della inevitabile perdita della persona cara, e, ancor prima, della perdita della sua identità e della possibilità di una relazione, malgrado la persona sia ancora in vita. La sofferenza emotiva, la fatica nell'accettare la diagnosi, i cambiamenti relazionali provocano tensioni, percepite spesso come fratture nel proprio percorso di vita. È perciò importante il supporto di momenti formativi, che rompano l'isolamento, restituiscano senso alla fatica della cura, mostrando come, pur nelle inevitabili difficoltà, possa esserci una possibilità di crescita personale e di ri-scoperta di Sé.

In questo contesto si confermano molto efficaci per migliorare la resilienza le tecniche narrative autobiografiche (Bruner, 1997) e di scrittura espressiva, (Pennebacker, 1993; Furnes, 2010), in grado di svelare (disclosure) le esperienze emotive negative, favorendo la riorganizzazione dei pensieri in strutture narrative coerenti. Nella nostra esperienza sono stati organizzati, utilizzando le tecniche narrative, otto incontri formativi a cadenza settimanale, coordinati da due psicologhe, rivolti ai familiari di ospiti afferenti ai servizi semiresidenziali.

Questi gli obiettivi:

- Fornire uno spazio di ascolto e supporto
- Sostenere ed educare le competenze relazionali e di cura del caregiver
- Ricostruire, tramite le storie personali, gli elementi di "frattura" sia nel vissuto familiare sia nel rapporto con la persona con demenza
- Ridare senso e coerenza ai momenti di difficoltà, valorizzando le risorse e le strategie attuate per superarle
- Rafforzare i sentimenti di gratitudine dei momenti condivisi, delle esperienze passate e della relazione
- Trovare un nuovo senso nella relazione di cura, attraverso l'elaborazione dei vissuti emotivi e l'accettazione del cambiamento.

Le tematiche affrontate durante gli incontri hanno preso in considerazione sia gli aspetti autobiografici del caregiver, sia la relazione con la persona anziana, attraverso la scrittura di momenti significativi delle storie di vita, ma anche attraverso l'utilizzo di lettere, destinate al proprio caro per poter esprimere le emozioni difficili da comunicare.

L'esperienza ha confermato l'efficacia degli interventi narrativi. Infatti durante il percorso i familiari hanno avuto la possibilità di esprimere non solo i propri vissuti emotivi, ma anche quella di confrontarsi con persone in condizioni analoghe alla loro, ricevendo supporto nel faticoso e doloroso lavoro di cura. Inoltre la possibilità di raccontarsi ha permesso di ricucire e ricostruire le fratture e i momenti di dubbio e difficoltà, valorizzando le risorse e le strategie efficaci per gestire la malattia.

NARRATIVA

Durante il percorso sono emerse interessanti condivisioni e scritti dei familiari. Di seguito riportiamo il testo di una lettera rivolto al proprio caro.

Cara Marta, l'ultima volta che ti ho scritto ero militare. È passato tanto tempo, tutta una vita, e non sono più allenato. In tutti questi anni non è stato mai necessario scriverti, perché li abbiamo passati sempre insieme e parlavamo di tutto.

Dopo il militare il lavoro e poi il matrimonio. Tre figlie sposate, sette nipoti. Il prepensionamento ci ha reso possibile fare i nonni per i diversi anni. Tutto questo quadrava perfettamente con i nostri progetti. Abbiamo realizzato i nostri sogni.

Purtroppo è sopraggiunto quanto non prevedevamo e non desideravamo. La malattia che più temevamo ci ha colpito. Ha colpito te, ma indirettamente, anche me, le nostre figlie, i parenti, gli amici.

All'annuncio che era proprio quella malattia, degenerativa, lacrime e angoscia per tutti. Mi sono sentito perso. Mi dicevo: perderò tutte le mie voglie di fare, le attività, tutti i miei interessi, i miei passatempi. Le figlie, il parroco...mi hanno sostenuto e

consigliato di mantenere le mie occupazioni e di riservare del tempo per me, per non crollare. Così ho cercato di fare, con una forza che mi ha meravigliato, che non credevo di avere.

Mi sono risollevato e ho cominciato a vedere che la perdita sì era grande ma per me c'era un futuro. Primo per aiutare te, Marta, e poi per non fare stare in pensiero per me le nostre figlie. Ma poi anche di aiutare e dare una testimonianza a chi è in questa situazione, per dire che a una cosa brutta come la malattia può seguire qualcosa di più bello.

Non possiamo pretendere che tutto sia come noi possiamo ma accettare con fiducia anche ciò che non vorremmo, che non corrisponde ai nostri progetti, perché da lì può scaturire un maggior bene: per quanto mi riguarda, una maggiore conoscenza di me stesso e anche di te, perché tante persone che mi incontrano, mi fermano e raccontano come eri disponibile, cordiale e riferisco particolari del tuo carattere che non conoscevo. Ho pensato anche di dirti: nella mia vita con te avrei voluto essere come mi sento adesso. Ci siamo detti nelle nostre conversazioni che non siamo padroni della nostra vita, non possiamo pretendere che tutto sia sotto il nostro controllo ma fidarci, anche in questo caso di malattia.

In fondo abbiamo accettato il rischio del matrimonio, dell'averne figli...e ci siamo trovati più che contenti. Perché non accettare anche questa sfida? Non è sempre facile vivere quello che ti scrivo, ci sono alti e bassi. Per esempio non mi rendo conto di quanto tu soffra in questa condizione; e poi: cosa ci riserva il futuro? Ma nonostante ciò ogni sera posso trovare il motivo di ringraziare il Signore, se non altro per quell' "*anch'io*" che mormori quando io ti sussurro "*ti voglio bene*", illuminata da un bel sorriso.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bruner, J. (1992), *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino
- Dysvik E., Furnes B., “*Dealing with grief related to loss by death and chronic pain: suggestions for practice II*”, *Patient Prefer Adherence*, 4:163–170, 2010
- Furnes B., Dysvik E., “*Dealing with grief related to loss by death and chronic pain. An integrated theoretical framework I*”, *Patient Prefer Adherence*.4:135–140, 20120
- Lepore S.J., Greenberg M.A., Bruno M., Smyth J.M., “*Expressive writing and health: Self-regulation of emotion-related experience, physiology, and behavior*”. In Lepore S.J., Smyth J.M., (eds), *The Writing Cure. How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being*. Washington DC: American Psychological Association; 99–117, 2002
- Parkes C.M., *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. London: Penguin; 1986
- Pennebaker J.W. (2004), *Scrivi cosa ti dice il cuore. Autoriflessione e crescita personale attraverso la scrittura di sé*. Trento, Erickson
- Pennebaker J.W., “*Telling stories: the health benefits of narrative*”. *Lit Med*. 2000;19:3–11
- Pennebaker J.W., “*Writing about emotional experiences as a therapeutic process*”. *Psychol Sci.*, 8:162–166, 1997

FELICITÀ E BENESSERE NELLA TERZA ETÀ

Di F. Dell'Amore

Psicologia Positiva: è una branca della psicologia che enfatizza il ruolo delle risorse e delle potenzialità dell'individuo. Capovolge la prospettiva classica di cura e intervento focalizzata sulla riduzione o compensazione delle limitazioni, basandosi sulla valorizzazione delle risorse e sulla stimolazione delle abilità.

Benessere edonico o soggettivo: benessere personale, legato a sensazioni ed emozioni positive.

Benessere eudaimonico: benessere che deriva dallo sviluppo e dalla realizzazione delle proprie potenzialità individuali nell'ambito sociale, con cui è in rapporto di reciproca influenza.

L'aumento dell'età media della popolazione sia in Italia sia nel mondo richiede un ripensamento dell'assistenza sanitaria in cui il benessere psicologico dell'anziano divenga un elemento centrale, dati i suoi effetti positivi e protettivi per la salute. Da alcuni anni gli indicatori oggettivi del benessere e della qualità della vita sono stati affiancati da indicatori soggettivi, poiché le condizioni oggettive come, ad esempio, la salute, il reddito o il ruolo sociale da sole non bastano a rendere conto di come le persone valutino la propria salute, il livello di soddisfazione sociale e personale e il valore degli obiettivi raggiunti e da raggiungere.

In ambito psicologico, l'approfondimento di questi aspetti di percezione e valutazione personale del benessere ha dato origine, attorno al 2000, alla Psicologia Positiva, un movimento interno alla psicologia che enfatizza il ruolo delle risorse e delle

potenzialità dell'individuo e capovolge il *modello patologico*, cioè finalizzato all'individuazione del disagio, sostituendolo con un *modello salutogenico*, in cui l'obiettivo principale è come la persona *si muove verso la salute*. La ricerca e gli interventi ispirati alla Psicologia Positiva, utilizzati in area clinica, educativa, occupazionale e sociale, si sono sviluppati lungo due prospettive principali. La *prospettiva edonica o soggettiva*, che analizza la dimensione del benessere personale legato a sensazioni ed emozioni positive e la *prospettiva eudaimonica*, che analizza il benessere derivante dallo sviluppo e dalla realizzazione delle proprie potenzialità individuali, che si accrescono in integrazione con il mondo circostante. La prospettiva eudaimonica enfatizza l'importanza di rafforzare le risorse personali che permettono di avvicinarsi al miglior funzionamento possibile nella vita quotidiana (*funzionamento ottimale*).

Le dimensioni del benessere psicologico individuate da Carol Ryff e condivise dalla comunità scientifica e professionale sono attualmente sei: l'auto-accettazione, le relazioni positive con gli altri, l'autonomia, il controllo ambientale, lo scopo nella vita e la crescita personale. Gli studi hanno evidenziato come il benessere psicologico, articolato nei suoi diversi aspetti, abbia effetti positivi su numerosi indicatori di salute che riguardano, ad esempio, la riduzione del rischio cardiovascolare o quella di fattori infiammatori implicati in malattie croniche (scopo nella vita, relazioni positive ed emozioni positive) o la riduzione del rischio di sviluppare deterioramento cognitivo (scopo nella vita). Questo mostra come gli interventi finalizzati a mantenere un buon funzionamento psicologico positivo e un livello adeguato di benessere psicologico possano innescare, insieme a un'aumentata percezione della qualità della vita, anche processi

di riduzione del rischio biologico.

Il benessere psicologico non è, però, l'unico costrutto della Psicologia Positiva che può sostenere lo psicologo dell'invecchiamento negli interventi di prevenzione, di promozione della salute e di sostegno psicologico o psicoterapeutico. Gli studi hanno riguardato anche l'ottimismo, lo humor, la gratitudine, la speranza, la resilienza o crescita post-traumatica, l'autostima, la creatività e la spiritualità, per citare i principali. Queste dimensioni dell'esperienza umana sono da valorizzare negli interventi psicologici nella terza età, integrando e sostenendo attivamente anche il cambiamento rivolto al disagio e alla patologia. La persona può così essere percepita sia da se stessa sia dai caregiver familiari e professionali come un individuo intero, costituito da processi biologici, psicologici e sociali che vanno considerati tutti all'interno di una presa in carico completa, in un processo di cura che può realmente definirsi della persona. Dalla mia esperienza di sostegno psicologico individuale presso

una RSA lombarda originano alcune riflessioni su come si possa intervenire sui disagi principali che si ritrovano più frequentemente nei pazienti anziani usando le dimensioni del benessere psicologico. La base del sostegno è la costruzione di una relazione di fiducia e ascolto profondo



dei bisogni del paziente, accompagnata da una realistica consapevolezza che per molti pazienti invecchiare significa soprattutto perdere: senso di sé, autonomia, relazioni gratificanti, controllo ambientale, scopi e senso di crescita. La comprensione non giudicante del punto di vista della persona e la validazione dei sentimenti correlati si devono accompagnare nel terapeuta alla consapevolezza che la persona è portatrice di valore e risorse sia per sé sia per gli altri nonostante la malattia, il disagio e le difficoltà. Attraverso la narrazione di sé in una relazione sicura, l'esplorazione dei propri pensieri, emozioni e comportamenti in un contesto riservato e dedicato, il cambiamento è centrato sulla trasformazione in positivo della percezione di sé, di sé in relazione all'altro e al contesto, in cui la persona possa riappropriarsi in modo realistico delle proprie risorse, comprendendo e affrontando i compiti evolutivi, le sfide, ma anche le opportunità di questa fase del ciclo di vita.

La Psicologia Positiva ha prodotto numerosi strumenti di valutazione del benessere e delle altre dimensioni di risorse che sono ampiamente applicati all'interno di protocolli di assistenza integrati nei contesti pubblici e privati sia in Europa sia negli Stati Uniti, anche grazie alla formazione strutturata che università e istituzioni offrono agli operatori. L'Italia è ancora indietro da questo punto di vista e la Psicologia Positiva, nonostante la florida ricerca accademica e la recente notorietà sia tra il pubblico sia tra i professionisti, deve ancora crescere a livello applicativo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Video in cui Martin Seligman, co-fondatore della Psicologia Positiva, ne spiega brevemente la prospettiva: <https://www.youtube.com/watch?v=9FBxfd7DL3E>
- Atiq R. (2006), *"Common themes and issues in geriatric psychotherapy"*, *Psychiatry*, 3(6), 53-56.
- Sito internet della Società Italiana di Psicologia Positiva: www.psicologiapositiva.it
- Pagina personale di Carol D. Ryff con le pubblicazioni più significative sul benessere psicologico: <http://aging.wisc.edu/research/affil.php?Ident=55>
- Seligman M., Csíkszentmihályi M. (2000), *"Positive Psychology: an introduction"*, *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Crediti fotografici: *"Daisies"* di /Kallu, licenza Creative Commons (www.flickr.com)

PSICOLOGIA E INVECCHIAMENTO FISIOLOGICO: università della terza età, socializzazione, tempo libero.

Di A. Mirarchi

PAROLE CHIAVE

Invecchiamento attivo, formazione continua, volontariato, cittadinanza attiva, dialogo tra generazioni, benessere psicofisico, sostegno, socializzazione. Nuova cultura dell'invecchiamento.

CONTESTO E SERVIZIO

Associazioni di volontariato e promozione sociale, cooperative sociali, che operano sul territorio a favore degli anziani, possibilmente in Rete con altri enti: strutture private, ATS, CMA, Istituzioni scolastiche, Comuni, Parrocchie).

UTENZA E PATOLOGIE

Persone over 60.

Promozione della salute intesa come benessere bio-psico-sociale ed educazione ad essa, Prevenzione di Vissuti o Disturbi di tipo ansioso-depressivo connessi all'invecchiamento.

ATTIVITÀ SVOLTA

Corsi presso le Università della Terza Età (UTE) (Auser Milano) Progettazione, coordinamento, formazione, supervisione, docenza e valutazione di attività rivolte a creare un dialogo e relazione tra cittadini di varie generazioni (bambini, ragazzi, adulti, anziani, grandi vecchi, anziani fragili, familiari), e a volontari anziani. (Auser Milano, Auser Forlanini con Acli Lambrate, La Tenda-Fondazione Aquilone, Gruppo Segesta-Korian, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Istituto Superiore Statale F. Besta di Milano, Consiglio di zona 3, ATS, Regione Lombardia.

NARRATIVA

Gli anziani sono soggetti a rischio di disagi o veri e propri disturbi ansioso-depressivi che possono generare nel tempo anche disturbi fisici e malattia. I fattori di rischio sono di tipo biologico, psicologico e sociale; fra essi: assenza di relazioni, solitudine affettiva, mancanza di relazioni intergenerazionali, difficoltà fra generazioni (figli, nipoti), fragilità psico-fisica, stili di vita negativi, sensazioni di inutilità e ripiegamento su se stessi, situazioni economiche di povertà, assenza di rete sociale, di servizi, difficoltà a chiedere o a trovare risposta ai propri bisogni, malattia, cambiamenti (lutti, traslochi, separazioni), istituzionalizzazione, paura (essere donna, sola, possibile vittima di aggressione), sensazioni di vulnerabilità ...e in tutto ciò la ferita narcisistica (del proprio io) che tante perdite procurano (il corpo che perde efficienza o attrattiva; perdita di produttività redditizia, di persone care...).

La salute dell'essere umano e l'autonomia, secondo la definizione

dell'OMS, sono date dal benessere bio-psico-sociale; cioè dallo stato fisico, emotivo-affettivo, dall'interazione col mondo. I fattori biologici, psichici, socio-economici e socio-ambientali interagiscono in vari modi fra loro. Per quanto riguarda gli anziani, le ricerche dimostrano che presentano bisogni (fisici, psicologici e sociali) particolarmente intrecciati e che quindi necessitano di risposte flessibili e differenziate, che tengano conto della loro diversità. Hanno bisogno non solo di essere "curati" a livello biologico, ma di essere "presi a cura" dalla famiglia e dalla comunità ognuno secondo le proprie necessità. Gli aspetti psicologici o sociali o economici influiscono sul piano fisico, biologico (la povertà deprime; la tristezza fa ammalare il corpo); così come gli aspetti biologici (una malattia x es) influiscono sul piano psicologico (depressione x es) e sociale (difficoltà di incontro, solitudine x es). Ciò è tanto più vero in età avanzata che non in altre fasi della vita.

Si comprende dunque come la presenza di uno psicologo possa essere molto importante nella costruzione e gestione di progetti di attività rivolte ad anziani e a cittadini adulti over 60 volte a promuovere una nuova cultura dell'invecchiamento atta a sostenere un invecchiamento più fisiologico possibile, il quale contempla benessere fisico e mentale (vecchiaia non significa



malattia o deterioramento, nonostante possano essere presenti aspetti di declino psico-fisico e perdite) e che favoriscano le relazioni interpersonali, intergenerazionali e sociali, che tanta parte hanno sullo stato di salute e sull'autonomia; per contribuire alla creazione di spazi fisici e virtuali che offrano opportunità di arricchimento culturale, di apprendimento, di sollievo, di sostegno e di svago che siano di aiuto nel fronteggiare una fase della vita in cui si devono fare i conti con numerosi limiti. Secondo l'ONU l'incremento demografico e l'allungamento della vita rappresentano "a call for a revolutionary thinking", una chiamata a un pensiero rivoluzionario, che diventa sempre più necessario per comprendere e gestire i processi di invecchiamento.

Una delle attività più gratificanti e arricchenti per gli over 60, soprattutto per le donne, che in maggior numero le frequentano, è rappresentata dalle Università della Terza Età (UTE), realizzate da associazioni quali Auser Milano, in collaborazione con le amministrazioni locali nella provincia di Milano e con i Consigli di Zona a Milano. Le proposte dei Corsi sono diversificate in ciascuna sede a partire dagli interessi dei partecipanti e definite per obiettivi. Esse propongono percorsi esperienziali e culturali che diventano veicolo di coesione sociale per una fascia di popolazione che va incontro a fragilità, ma costituiscono anche un'opportunità attrattiva e relazionale per tutti i cittadini. Sono decentrate sul territorio e organizzate in semestri di Corsi che abbracciano diverse aree tematiche: Arte, Benessere psicofisico, Letteratura, Scienze e ambiente, Società nel mondo, Storia, Visioni del mondo. Nei percorsi proposti in e accanto all'UTE, vi sono anche Attività di Laboratorio: lingue, lettura, scrittura, ballo, fotografia, pittura, memoria, training cognitivo, utilizzo del computer ecc..; Itinerari Culturali: visite guidate, mostre, musei, parchi naturali, gite, viaggi, cicli di conferenze a tema (es: "Aver

cura di sé"); Spettacoli: teatro, film, rassegne cinematografiche, concerti musicali. Alcune mie proposte di Corsi di Psicologia nell'area "Salute e Benessere" hanno titolo "Passato, presente, futuro...voci del verbo divenire" e "Dall'lo al Noi: la Vita di Relazione". I Corsi sono strutturati in 6 incontri di 2 ore ciascuno, nei quali gli argomenti trattati in ciascuna lezione sono per il primo Corso: Ciclo di vita e identità, Luoghi e modi del tempo di poesia, Pregiudizi e libertà, Immagini, simboli, realtà, Storie di vita, La ricerca di significato; gli obiettivi sono Rinforzare la capacità di trasformare il tempo di vita in tempo di poesia, Conoscere meglio le emozioni che restituiscono senso alla persona; per il secondo Corso i temi riguardano La Relazione: significato, valore, trasformazioni, La relazione con se stessi, Le relazioni familiari, Le relazioni amicali e Le relazioni lavorative, Le relazioni d'amore/di coppia, Le relazioni con il mondo e la spiritualità; gli obiettivi sono Riflettere su diverse forme di relazione, per riconoscerle, riscoprirle, rivalutarle, Rinforzare la capacità di stare in relazione con gli altri, rimanendo in relazione con se stessi.

Gli argomenti in programma sono sviluppati a partire da strumenti teorici ed espressivi approfonditi attraverso il contributo dei partecipanti. Gli strumenti didattici comprendono supporti audiovisivi, materiale strutturato in dispense, libri e testi consigliati.

In ogni incontro i presenti dimostrano un grande interesse e coinvolgimento, continuo, per tutte le due ore di lezione. Il desiderio dei partecipanti a questi Corsi è quello di imparare cose nuove, di sperimentarsi nelle relazioni, di imparare a dare attenzione ai propri bisogni, di incontrare altre persone, curiosità per i temi in programma, desiderio di mettersi in gioco e di aprirsi alla conoscenza di sé e degli altri. I temi trattati "sconfinano" l'aula: le persone si ritrovano a riflettere sulle proprie dinamiche

familiari e spesso riconoscono dei sensibili miglioramenti in esse alla fine dei Corsi, riportando attraverso considerazioni o anche qualche scritto, significative sensazioni di alleggerimento e valorizzazione di sé. Diverse persone provvedono all'acquisto o al prestito di libri citati durante le lezioni, o chiedono suggerimenti bibliografici. I Corsi, nella valutazione finale, vengono giudicati importanti da ognuno per se stesso per ragioni varie, e principalmente perché sentono che contribuiscono a modificare un'immagine negativa e stereotipata della vecchiaia che porta a non attribuirle significati costruttivi e dunque a volerla negare o rimuovere, e a migliorare la qualità della loro vita e delle loro relazioni. Valorizzare l'invecchiamento, abbandonare pregiudizi e stereotipi negativi per se stessi, elaborare vissuti di paura e dolore, ragionare sui vari tipi di relazione e le implicazioni insite in esse restituisce a molti partecipanti serenità, tranquillità, fiducia in se stessi e desiderio di partecipazione e di intimità, e una visione più positiva della vecchiaia.

Oltre ai Corsi nelle Università della Terza Età, lo psicologo può creare progetti, e operare come coordinatore, "ponte", formatore, supervisore, docente, valutatore, in associazioni e cooperative che agiscono anche in Rete, organizzando e gestendo attività che riguardano la socializzazione, il tempo libero, il sostegno psicologico. Nei progetti costruiti possono essere compresi momenti ricreativi e socialità quali: gioco delle bocce o delle carte o tombola o cruciverba, ballo, danza terapia, ginnastica, escursioni, feste a tema (es. castagnate) o di quartiere, pranzi; momenti di incontro ed aggregazione fra cittadini di più generazioni (adulti, anziani e grandi vecchi) e di relazione familiare e sociale allargata, oltre che di solidarietà, capaci di restituire sensazioni di sollievo; attività regolari gestite o tutorate da volontari, di animazione (es. all'interno di case di riposo), di aiuto (es. Filo d'Argento, gruppi di auto mutuo aiuto o "di parola" per

anziani e per familiari sul territorio, shiatsu, conferenze o cicli di incontri a tema), che rappresentano un sostegno per famiglie e caregivers, e restituiscono ad essi profonde soddisfazioni di tipo affettivo; attività di aiuto per le famiglie che hanno difficoltà ad accompagnare i propri figli a scuola, (es. "Nonno Amico" di Auser Milano e "Piedibus", della stessa associazione, che promuove l'attività fisica a beneficio dell'ambiente) che sono occasioni di socializzazione e di gioioso scambio e dialogo intergenerazionale fra volontari anziani, bambini e genitori; attività di Stage presso case di riposo (Auser Forlanini) rivolte a studenti delle scuole superiori gestite tramite volontari anziani, con l'intento sia di fornire ai ragazzi esperienze concrete, nuove conoscenze e diverse prospettive nell'ambito della loro attività curriculare di alternanza scuola/lavoro, sia di creare forme di dialogo fra le diverse generazioni, utili a tutti, sia individualmente, sia in un'ottica comunitaria e culturale.

Le innumerevoli attività ricreative, socializzanti, formative, di sostegno, a cui gli over 60 possono partecipare a questi progetti sia come utenti, sia come operatori, hanno una forte rilevanza perché l'inter-esse e lo scambio reciproco produce un miglioramento della qualità della vita, crescita personale, sicurezza, arricchimento, conoscenza e trasformazione. Con ricadute importanti sulla costruzione di un'immagine del vecchio non stereotipata, ovvero non di decadimento, ma di evoluzione dinamica. Active Ageing, Lifelong learning, cittadinanza attiva, dialogo tra generazioni, benessere psicofisico, sostegno, socializzazione, nuova cultura dell'invecchiamento diventano realtà esperite da tutti e non "concetti".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AAVV, *Il dire e il fare: arti per l'invecchiamento* Collana Auser 2005
- Barucci M., (1989), *Psicogeragogia, Mente-Vecchiaia-Educazione*. UTET Libreria.
- Belmuso L., Imeroni A., Troletti G., *Attività motoria con anziani: contributi scientifici e proposte operative*, Milano, Comune, Settori educazione, sport e tempo libero, Lega anziani, Edi-Ermes, 1992
- Bernabei R., postfazione di F. Rengo, *Quando ti fa male: riconoscere i segnali del proprio corpo per invecchiare in salute*, Laterza, 1999
- Cesa Bianchi M., (1996) *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi*. La Nuova Italia Scientifica
- De Ladoucette O., *Restar giovani è questione di testa* (Feltrinelli 2007)
- Donati E., *"Come siamo stati, come siamo, come saremo: percorsi per nuovi stili di vita"* Introduzione. Novembre 2010 Collana Auser IL DIRE E IL FARE, Milano, novembre 2010
- Golini A., Rosina A., *Il secolo degli anziani*, Il Mulino, 2011
- Mirarchi A. *Il progetto delle interviste*"; *"Valutazione del progetto N.10 "Orientamento scuola/lavoro e società: un filo per... Anchise"*; *"Gli anziani"*; *"L'intervista o colloquio individuale"*. In *"Tra scuola e lavoro"*, Collana Auser IL DIRE E IL FARE, Milano, 2009
- Mirarchi A., *"Il progetto per anziani e familiari TRAMA: tessere relazioni di auto-mutuo-aiuto ai familiari di anziani e adulti fragili"* Riabilitazione Oggi Editrice Speciale RIABILITAZIONE Anno XXIX n. 3 - Maggio/Giugno 2012
- Mirarchi A., *Il Progetto: Le domande a cui il progetto ha*

risposto; Le attività del progetto: sintesi, metodo di lavoro e strumenti di valutazione, obiettivi specifici; Il punto di vista degli operatori del progetto: Gruppi di auto mutuo aiuto per anziani sul territorio; La compagnia telefonica agli over 70. In "Le 3 S: Sostegno, Sollievo, Socializzazione per gli over 70 e i familiari di Lambrate e dell'Ortica". Collana Auser IL DIRE E IL FARE Milano novembre 2011

- *Petter G., Per una verde vecchiaia. La terza età e il mestiere di nonno Giunti 2009*
- *Trabucchi A., Invecchiare, Centro Maderna, 2011*
- *Disegno: Maria Mirarchi, "Tra scuola e lavoro: dialogo fra generazioni"*

PREVENZIONE DEL DECADIMENTO COGNITIVO E INVECCHIAMENTO ATTIVO

Di S. Mennuni

PAROLE CHIAVE

Invecchiamento attivo; ginnastica mentale; allenamento cognitivo; stimolazione cognitiva; plasticità neuronale; riserva cognitiva; prevenzione; socializzazione; promozione benessere psico-fisico; stile di vita sano.

CONTESTO E SERVIZIO

Le attività di allenamento cognitivo e più in generale di promozione della socialità tra anziani possono essere implementate presso vari contesti territoriali. Per esempio, giocano un ruolo fondamentale le Università della Terza Età, le Biblioteche in cui si svolgono corsi rivolti alla popolazione, ma anche i Centri Sociali per Anziani (CSA), le Bocciofile e più in generale tutti quei contesti in cui l'anziano può trovare uno spazio di aggregazione e condivisione, come le Associazioni culturali o di volontariato. Le attività volte alla diffusione della prevenzione,

inoltre, possono essere svolte da Psicologi come interventi in libera professione.

UTENZA E PATOLOGIE

Individui over 60; l'allenamento cognitivo di gruppo può essere diretto a individui che già presentano decadimento cognitivo, ma anche e soprattutto a coloro che non presentano questo tipo di problematiche e sono intenzionati a prevenirle mantenendosi attivi.

ATTIVITÀ SVOLTA

Le attività volte alla promozione dell'invecchiamento attivo sono rappresentate in primo luogo dai training cognitivi di gruppo.

Obiettivi

Prevenzione dell'insorgenza di decadimento cognitivo, potenziando le abilità mnestiche, attentivo-esecutive, linguistiche e visuo-spaziali; Insegnamento dell'utilizzo di mnemotecniche e di strategie di compensazione cognitiva; Promozione della socializzazione e dell'instaurarsi di nuove relazioni sociali anche fuori dal gruppo; Miglioramento del tono dell'umore, attraverso la creazione di uno spazio di condivisione nel quale trovare un luogo di confronto con i coetanei e

PREVENZIONE

DEL DECADIMENTO COGNITIVO E INVECCHIAMENTO ATTIVO

con un professionista esperto.

Tali obiettivi possono essere perseguiti mediante l'allenamento delle capacità cognitive attraverso esercizi carta e matita e computerizzati, che siano coinvolgenti, divertenti e stimolanti per i partecipanti e ideati in base alle necessità del gruppo. Al fine di legare il più possibile l'attività svolta alla vita quotidiana dei soggetti è possibile utilizzare come spunto eventi di cronaca locale, attualità e passioni personali dei partecipanti. Ideale cadenza degli incontri è quella bisettimanale, con sedute della durata di 45-60 minuti, anche se è possibile optare per incontri settimanali.

Alcuni esempi di attività possono essere i seguenti:

Introduzione teorica generale sul funzionamento cognitivo, attraverso l'illustrazione delle principali abilità cognitive e sul ruolo protettivo svolto dall'attuazione di corretti stili di vita sul piano cognitivo, motorio, alimentare.

Memoria: potenziamento sia della memoria a lungo termine, attraverso l'uso di mnemotecniche, sia di quella a breve termine;

Attenzione: esercizi volti al miglioramento delle abilità di concentrazione e attenzione, sia attraverso il canale visivo sia attraverso quello uditivo;

Linguaggio: esercizi di denominazione, di

PREVENZIONE

DEL DECADIMENTO COGNITIVO E INVECCHIAMENTO ATTIVO

recupero lessicale e di comprensione orale e scritta;

Ragionamento e Funzioni Esecutive: attività volte a stimolare le abilità di ragionamento logico-deduttivo, di astrazione di pensiero strategico e di pianificazione dell'azione;

Abilità visuo-spaziali: allenamento della capacità di elaborazione prassica e visuo-spaziale degli stimoli, attraverso l'osservazione di immagini e la creazione di figure complesse.

Poiché un invecchiamento attivo comprende non solo una buona funzionalità mentale, ma anche la conservazione della funzionalità fisica, è molto utile associare l'attività di stimolazione cognitiva ad un allenamento motorio, come, per esempio, la ginnastica dolce attuata da un fisioterapista.



NARRATIVA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'invecchiamento attivo come un "processo di ottimizzazione delle opportunità relative a salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane". Tale importante definizione riflette una nuova cultura dell'invecchiamento, che vede l'età anziana non solo come un periodo di perdite e decadimento, ma come fase della vita in cui è possibile sviluppare nuovi interessi e fruire di percorsi atti a promuovere attività e salute psico-fisica. La promozione dell'invecchiamento attivo è divenuta quindi un tema di interesse di molti lavori scientifici, che testimoniano come gli anziani siano in grado di trarre beneficio da alcune tipologie di interventi a carattere preventivo.

È ormai possibile affermare che, anche se alcune abilità cognitive deteriorano con l'avanzare degli anni, altre rimangono stabili e addirittura alcune si migliorano. Gli interventi di allenamento cognitivo di gruppo si basano sull'assunto che, agendo sui meccanismi di compensazione basati sulla plasticità neuronale, sia possibile rinforzare le riserve cognitive. La letteratura recente evidenzia, inoltre, come essi possano avere un impatto positivo anche su aspetti socio-emozionali, quali l'umore e le abilità relazionali.

PREVENZIONE

DEL DECADIMENTO COGNITIVO E INVECCHIAMENTO ATTIVO

Un positivo processo di invecchiamento è strettamente dipendente dalla stimolazione dei processi cognitivi, affettivi e relazionali. In particolare l'attuazione di attività in gruppo si pone non solo come modalità ideale per l'allenamento cognitivo o motorio, ma anche come possibilità di sviluppare nuove forme di relazione e di aiuto reciproco, estremamente utili nel prevenire l'isolamento sociale. Aspetto importante da tenere in considerazione nella strutturazione di attività legate alla promozione dell'invecchiamento sano, inoltre, riguarda il ruolo che stili di vita salutari giocano nella prevenzione dello sviluppo di forme dementigene, molto diffuse tra gli ultrasessantacinquenni. È, infatti, ormai risaputo il ruolo di abitudini sane di vita come fattori protettivi dall'emergere del decadimento cognitivo. È quindi auspicabile, quando possibile, il coinvolgimento di altre figure professionali (per esempio fisioterapisti, nutrizionisti, ecc...), al fine di trasmettere le conoscenze necessarie al miglioramento della routine quotidiana.

L'esempio proposto, quindi, è solo uno dei possibili interventi a sfondo psicologico e psico-educativo volti a favorire l'invecchiamento attivo. Alla luce, infatti, della crescente fragilità non solo fisica, ma anche psichica, che caratterizza l'avanzare dell'età, un ulteriore aspetto su cui poter intervenire è rappresentato

PREVENZIONE

DEL DECADIMENTO COGNITIVO E INVECCHIAMENTO ATTIVO

dalla formazione/informazione circa le più comuni problematiche psicologiche correlate all'invecchiamento. In questo caso è possibile, per esempio, l'organizzazione di corsi o seminari riguardanti alcuni aspetti della psicopatologia. Nel contesto delle Università della Terza Età le tematiche psicologiche in generale godono di un forte interesse da parte dei discenti, ponendosi anche come momenti di confronto e di cambiamento di prospettiva relativamente alla possibilità di mettersi in gioco e di affrontare eventuali problematiche presenti nella propria quotidianità.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ball K., Berch D.B., Helmers K.F. et al. (2002), *"Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial"*, *Jama*, 288(18), pp. 2271-2281.
- DeWeerd S. (2011), *"Prevention: activity is the best medicine"*, *Nature*, 475(7355), pp. S16-S17.
- Li B.Y., Wang Y., Tang H.D. et al. (2017), *"The role of cognitive activity in cognition protection: from Bedside to Bench"* *Translational neurodegeneration*, 6(1), p. 7.
- Reijnders J., van Heugten C., van Boxtel M. (2013), *"Cognitive interventions in healthy*

PREVENZIONE

DEL DECADIMENTO COGNITIVO E INVECCHIAMENTO ATTIVO

older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review", *Ageing research reviews*, 12(1), pp. 263-275.

- Valenzuela M.J. (2008), *"Brain reserve and the prevention of dementia"*, *Current opinion in psychiatry*, 21(3), pp. 296-302.
- Wenisch E., Cantegreil-Kallen I., De Rotrou J. et al. (2007), *"Cognitive stimulation intervention for elders with mild cognitive impairment compared to normal aged subjects: preliminary results"*, *Aging clinical and experimental research*, 19(4), p. 316.
- Willis S.L., Tennstedt S.L., Marsiske M. et al. (2006), *"Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults"*, *Jama*, 296(23), pp. 2805-2814.
- World Health Organization (2002), *Active Ageing-A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, WHO, Madrid.

NEUROPSICOLOGIA

Di S. Merolla e C. Seminati

PAROLE CHIAVE

neuropsicologia; valutazione neuropsicologica; riabilitazione neuropsicologica; invecchiamento cerebrale; deficit cognitivi e comportamentali; perdita di memoria; difficoltà di concentrazione; demenza; ictus; trauma cranico; Alzheimer; Parkinson; MCI.

CONTESTO E SERVIZIO

La neuropsicologia è la disciplina scientifica che studia i deficit cognitivi ed emotivo-motivazionali causati da lesioni o disfunzioni del sistema nervoso centrale (Vallar et al., 2011). I servizi di neuropsicologia sono erogati da ospedali (unità operative di neurologia, neuroscienze, neuroriabilitazione o psicologia clinica), cliniche di riabilitazione specialistica (di patologie neurologiche), centri diagnostici polispecialistici, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni e ambulatori di liberi professionisti.

L'attività neuropsicologica è svolta dalla figura professionale del neuropsicologo, che lavora in contesti di collaborazione multidisciplinare con

medici specialistici quali il neurologo, il geriatra, il fisiatra, lo psichiatra e, per la parte riabilitativa e assistenziale, con psicologi, logopedisti, fisioterapisti e terapeuti occupazionali.

UTENZA E PATOLOGIE

- lesioni cerebrali acquisite (es. ictus e traumi cranio-encefalici);
- decadimento cognitivo e demenze di varia natura;
- difficoltà cognitive soggettive (di memoria, attenzione, etc.).

ATTIVITÀ SVOLTA

Valutazione neuropsicologica

La valutazione neuropsicologica è uno dei principali esami prescritti dai medici nei casi in cui occorre sapere se particolari difficoltà cognitive (di memoria, di attenzione, ecc.) fanno parte del normale processo di invecchiamento o sono dovute a condizioni patologiche.

L'esame valuta l'efficienza delle funzioni cognitive con l'obiettivo di verificare la presenza di eventuali deficit causati da alterazioni cerebrali.

È costituito da un colloquio clinico e da test psicometrici, somministrati ed interpretati da un neuropsicologo; non è un esame invasivo,

dura circa un'ora e al paziente viene chiesto di rispondere a voce, per iscritto o premendo tasti di un PC.

La valutazione neuropsicologica è uno strumento essenziale per formulare diagnosi di demenza, soprattutto diagnosi precoci, oltre che per monitorarne l'andamento nel tempo.

Nei casi di ictus o trauma cranico, permette di ottenere informazioni utili per programmare la riabilitazione cognitiva più adeguata.

Demenza o MCI?

Quando durante la valutazione neuropsicologica emergono dei deficit cognitivi che non sono dovuti ad un danno cerebrale acuto è necessario capire se è presente una condizione di demenza oppure MCI (declino cognitivo lieve, dall'inglese Mild Cognitive Impairment, Petersen 2004).

Che differenze ci sono? La condizione di MCI è caratterizzata dalla presenza di deficit cognitivi che tuttavia non incidono sul funzionamento dell'individuo nella vita quotidiana. Ciò significa che la persona svolge senza difficoltà le attività di tutti i giorni. Un quadro di demenza, invece, viene diagnosticato quando i deficit cognitivi rendono più difficili alcuni compiti che si devono svolgere nella routine come prendere i farmaci giusti all'ora prevista, gestire le proprie finanze, ricordandosi di pagare le bollette e le tasse, cucinare, fare la spesa, ecc.

Quali fattori possono portare ad un MCI? Le

cause possono essere diverse: può essere l'esordio di una forma di demenza oppure può insorgere secondariamente ad un'altra malattia, ad una crisi emotiva o sindrome depressiva, ad una situazione di stress o in presenza di alterazione del sonno, al consumo di alcool o medicinali che influiscono sul funzionamento cerebrale. Diventa dunque importante stabilire la causa dell'insorgenza di un MCI, poiché vi possono essere differenti percorsi di cura. Attualmente si stima che tra il 20 ed il 50% delle persone con diagnosi di MCI svilupperanno una demenza nell'arco di due-tre anni (Amieva, 2004). Come si può intervenire? Il neurologo può stabilire, a seconda della gravità del deterioramento, una terapia farmacologica adatta al singolo paziente. Accanto a ciò, si sono rivelati utili a rallentare il declino i programmi di stimolazione cognitiva (di cui parleremo nel prossimo paragrafo), l'attività fisica, il mantenimento dei propri interessi e hobby.

Riabilitazione neuropsicologica

A seguito dell'emergere di deficit cognitivi riscontrati durante la valutazione neuropsicologica e una volta terminato il processo diagnostico, è possibile impostare un piano riabilitativo, individualizzato o di gruppo, ai fini di migliorare l'adattamento funzionale del paziente e il suo benessere soggettivo (Mazzucchi, 1999).

L'obiettivo riabilitativo si diversifica a seconda

della diagnosi neurologica:
nelle patologie degenerative lo scopo è rallentare il processo di decadimento cognitivo attraverso esercizi che stimolino le abilità cognitive residue e attraverso ausili e strategie cognitive che aiutino a compensare il deficit nella vita quotidiana;
nei pazienti in esiti di ictus o traumi cranici l'obiettivo è di riportare la funzione deficitaria alla stessa efficienza pre-morbosa o, quantomeno, a migliorare tale abilità.

Il razionale teorico-scientifico sottostante è il concetto di plasticità neuronale, una particolare proprietà per cui il nostro cervello, se sottoposto a particolari stimolazioni ambientali, è in grado di mettere in atto meccanismi di riorganizzazione e di adattamento della rete e delle connessioni neurali; grazie a questa proprietà cerebrale, in alcuni casi, è possibile mantenere prestazioni cognitive sufficientemente funzionali anche in caso di malattia.

Il neuropsicologo proporrà dunque al paziente degli esercizi di complessità crescente che coinvolgono i domini cognitivi del linguaggio, della memoria, dell'attenzione, delle abilità visuo-spaziali e delle funzioni esecutive, coinvolte nello svolgimento di attività complesse.

Questi compiti potranno essere computerizzati, carta-matita oppure possono essere delle attività più ecologiche, ovvero simili a quelle svolte nella vita quotidiana. Un esempio di esercizio ecologico che aiuti a stimolare la memoria

consiste nello scrivere diverse liste della spesa, via via sempre più lunghe, cercando di memorizzarle attraverso associazioni significative, ad esempio per lettere (pane-piselli) o per categoria (banana-pera). Un allenamento per l'attenzione, invece, potrebbe essere cercare nella stanza tutti gli oggetti di colore verde.

Per una prognosi maggiormente favorevole, è importante inoltre sviluppare una buona alleanza terapeutica con il paziente anche attraverso il lavoro sulle problematiche emotivo-comportamentali che possono presentarsi in concomitanza ai deficit cognitivi. A tale riguardo, a seconda del singolo caso, possono essere utili, oltre all'intervento farmacologico, la terapia psicologica e l'intervento multidisciplinare in collaborazione con le altre figure riabilitative.



NARRATIVA

I servizi di Check-up della memoria
Avrò chiuso la porta? Come si chiama quella famosa cantante? Dove ho lasciato le chiavi? Cose che capitano a tutti, ma quando, ad una certa età, iniziano ad essere frequenti creano preoccupazione e disagio.

Molte persone ne parlano con il proprio medico curante, il quale valuterà la possibilità di eseguire l'iter di accertamenti; altri invece non ne parlano, perché colti dalla paura o perché pensano che alla loro età "è normale avere certe difficoltà". In parte hanno ragione poiché il normale processo d'invecchiamento fisiologico implica una riduzione d'efficienza a vari livelli: nella memoria, nell'attenzione, nel movimento, ecc.

Il problema è che spesso condizioni patologiche come MCI o la demenza esordiscono in maniera tenue, subdola e sono inizialmente sottovalutate dalla persona stessa e dai suoi familiari.

Questa situazione può essere ben spiegata attraverso i dati di uno degli ultimi World Alzheimer Report (2011), secondo cui 3 diagnosi su 4 arrivano quando la malattia è già in stato conclamato, quindi in una fase in cui l'efficacia della terapia farmacologica risulta ulteriormente ridotta.

Per cercare di cogliere in tempo queste problematiche, da qualche anno si sono diffusi sul territorio lombardo i "Check-up della memoria".

Si tratta di esami di screening che permettono alle persone di controllare il proprio stato cognitivo, per tranquillizzarle o, in caso di sospette alterazioni, indirizzarle prontamente verso gli specialisti di riferimento.

L'obiettivo primario è quindi intercettare con maggior frequenza le condizioni a rischio e favorire diagnosi precoci di declino cognitivo. Il Check-up della memoria è un esame veloce, non invasivo, svolto attraverso un colloquio e la somministrazione di test da parte di un neuropsicologo, il quale può avvalersi della collaborazione di neurologi, geriatri, fisiatristi o medici di medicina generale. Solitamente tali esami hanno un costo ridotto e vengono erogati da ambulatori privati o centri polispecialistici.

Interventi neuropsicologici nell'Alzheimer: frenarne l'avanzata oggi è possibile

La ricerca sulle demenze ha avuto una rapida accelerazione nell'ultimo decennio, tuttavia, nonostante i progressi significativi, ad oggi non esistono ancora farmaci in grado di arrestarne l'evoluzione.

In questo contesto assumono particolare rilevanza gli approcci non farmacologici, attuabili lungo tutto il decorso della malattia: tra questi figurano gli interventi neuropsicologici (stimolazione cognitiva, training cognitivo, riabilitazione cognitiva), che impiegano esercizi e tecniche specifiche per contrastare le problematiche

cognitive e potenziare le abilità residue non ancora compromesse.

Questi interventi si sovrappongono sinergicamente alla terapia farmacologica, che di fatto risulta "potenziata".

Negli ultimi anni sono state numerose le evidenze scientifiche che hanno dimostrato l'efficacia degli interventi neuropsicologici nel rallentare l'evoluzione della demenza. Tali studi hanno accolto il parere favorevole della comunità scientifica internazionale, che in più occasioni ha divulgato linee guida, raccomandazioni e review in cui si ribadisce la necessità di applicare gli interventi a tutte le persone con demenza da lieve a moderata (NICE Clinical Guidelines, 2006; World Alzheimer Report, 2011; Cochrane Review, 2012; The Lancet Commission, 2017).

Presentiamo il caso di una donna di 76 anni, ex-casalanga, istruzione elementare, con diagnosi di demenza di Alzheimer lieve-moderata, unitamente ad alcuni tratti d'ansia legati alla propria condizione (alcuni dati che hanno contribuito alla diagnosi: MMSE=20/30; CDT=1/5; ACE=54/100).

Ad un anno dalla diagnosi, la signora ha affiancato alla terapia farmacologica un intervento neuropsicologico di stimolazione cognitiva, portato avanti privatamente da un neuropsicologo.

Il trattamento era composto da 2 sedute

individuali alla settimana, da 45 minuti ciascuna, per 9 settimane consecutive. Sono stati utilizzati specifici esercizi per allenare memoria, attenzione, ragionamento e abilità spaziali, eseguito a voce, per iscritto o al computer.

Al termine delle 9 settimane la paziente ha effettuato un esame di controllo presso l'ospedale che l'aveva in carico, da cui è emerso un chiaro miglioramento dell'efficienza cognitiva generale, in particolar modo riguardo a funzioni attentive-esecutive e visuospatiali (MMSE passa da 20 a 25; CDT da 1 a 3; ACE da 54 a 65). Inoltre, lo stato ansioso della signora si era notevolmente ridotto. Considerati i benefici ottenuti, la paziente ha proseguito nei mesi successivi il trattamento, i cui risultati si sono mantenuti stabili a distanza di 8 mesi dall'avvio.

Questa singola esperienza è un'ulteriore testimonianza dell'efficacia dell'intervento neuropsicologico nella demenza da lieve a moderata, sia riguardo agli aspetti cognitivi che emotivi-relazionali.

Oggi la diagnosi di demenza è seguita dall'immediata prescrizione della terapia farmacologica, ma non viene fatto cenno agli interventi neuropsicologici, complementari e necessari per contrastare ulteriormente il deterioramento cognitivo.

Ci auguriamo che tali trattamenti siano diffusi e resi accessibili a tutte le persone che hanno

ricevuto da poco una diagnosi di demenza, in quanto prima si interviene e più possibilità si hanno per rallentarne significativamente il declino.

Riabilitazione neuropsicologica del neglect:

quando metà del mondo non esiste

Il neglect visuo-spaziale è una sindrome neuropsicologica che consiste nella ridotta capacità di prestare attenzione agli stimoli posti al lato opposto rispetto alla lesione cerebrale. Generalmente deriva da lesioni all'emisfero destro del cervello, per cui più frequentemente la parte di spazio non considerata è la sinistra.

Un uomo di 69 anni in pensione, è giunto nel luglio 2015 all'interno del reparto di Riabilitazione Specialistica di una casa di cura in provincia di Bergamo a seguito di un ictus ischemico in sede temporo-parietale destra. Dalla valutazione neuropsicologica eseguita in ingresso è emersa la presenza di neglect sinistro (punteggio ottenuto alla scala BIT, parte convenzionale, di 112/146 con maggiori omissioni a sinistra nei sub-test di cancellazione di linee, di lettere e di stelle). In accordo con l'équipe multidisciplinare e con la famiglia, si è avviata una stimolazione ambientale verso gli stimoli posti nello spazio di sinistra. Al paziente è stata assegnata una stanza in cui l'apertura della porta è a sinistra e tutti gli operatori e i familiari sono stati istruiti affinché si ponessero in quella parte dello spazio

durante gli scambi comunicativi con il paziente. Parallelamente, il neuropsicologo ha impostato un trattamento giornaliero di scanning visuo-spaziale durato circa un mese e mezzo. Durante queste sedute il paziente si allenava, attraverso esercizi carta-matita, a cercare i bersagli inseriti tra stimoli "distrattori", posti sia a destra che a sinistra del foglio. Mentre nelle prime settimane l'esplorazione della parte sinistra veniva sollecitata attraverso aiuti visivi e verbali da parte del riabilitatore, verso le ultime settimane di trattamento il paziente è risultato più autonomo nel cercare i bersagli a sinistra ed il numero di sollecitazioni è diminuito.

Alla fine del periodo di degenza è stata effettuata una valutazione neuropsicologica di controllo che ha mostrato un miglioramento quantitativo nell'esplorazione dello spazio sinistro (punteggio alla scala BIT=127/146), oltre che un miglioramento qualitativo notato sia dal paziente, sia dai familiari, sia dall'équipe multidisciplinare. I benefici di questo trattamento possono essere estesi anche alle più semplici attività della vita quotidiana come guidare, spostarsi a piedi, orientarsi nello spazio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Amieva H., Letenneur L., Dartigues J. et al. (2004), *"Annual rate and predictors of conversion to dementia in subjects presenting*

mild cognitive impairment criteria defined according to a population-based study", *Dement Geriatr Cogn Disord.*, 18(1), pp. 87-93.

- Livingstone G. et al. (2017), "Dementia prevention, intervention and care. The Lancet Commission", *Lancet*, July 20.
- Mazzucchi A. (1999), "La riabilitazione neuropsicologica. Premesse teoriche e applicazioni cliniche", Milano.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006), "Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care", NICE Clinical Guideline 42, November 2006.
- Petersen R.C. (2004), "Mild cognitive impairment as a diagnostic entity", *J Intern Med.*; 256(3), pp. 183-94.
- Prince M., Bryce R., Ferri C. (2011), *Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention*, Alzheimer's Disease International, London.
- Vallar G., Papagno C. (2011) (a cura di), *Manuale di neuropsicologia*, Il Mulino, Bologna.
- Woods B., Aguirre E., Spector A.E. et al. (2012), "Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia", *Cochrane Database Syst Rev.*, Feb 15; p. 2.

DOLORE E DEMENZA

Di S. Mennuni

PAROLE CHIAVE

BPSD: *Behavioral and Psychologic Symptoms of Dementia*, ossia l'insieme di disturbi comportamentali legati alla demenza, di cui alcuni (denominati '*pain behavior*') sembrerebbero rappresentare la manifestazione di una patologia algica.

NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument): scala clinico-osservazionale volta all'identificazione del dolore in pazienti affetti da demenza in fase grave, attraverso l'osservazione della presenza di *pain behavior*.

Dolore; dolore cronico; demenza; diagnosi; trattamento; multidisciplinarietà; formazione; ricerca.

CONTESTO E SERVIZIO

Il lavoro relativo all'identificazione e al trattamento del dolore nei pazienti con demenza nasce nel 2014 grazie al progetto 'Sosteniamoci

– un ascolto attivo per i *caregiver* a Vigevano', ideato dall'Associazione Reattiva-Mente Vigevano Onlus e finanziato dalla Fondazione Banca del Monte di Lombardia. Obiettivo è ampliare le attività del Centro Neuropsicologico Pavia-Vigevano, attuando un servizio clinico multidimensionale (servizi diagnostici, terapia del dolore, assistenza ai *caregiver*) e di ricerca nel territorio vigevanese, con il coinvolgimento delle istituzioni già presenti sul territorio. Grazie ai finanziamenti ottenuti, seppur all'interno di un Centro privato e non convenzionato, le attività sono state proposte gratuitamente ai cittadini. L'attività relativa al dolore è poi stata estesa alla RSA De Rodolfi di Vigevano, all'inizio come attività sperimentale, che con il passare del tempo è stata istituzionalizzata e resa interna alla struttura.

UTENZA E PATOLOGIE

I principali destinatari del servizio sono pazienti con decadimento cognitivo, afferenti al Centro Neuropsicologico o ospiti del reparto Alzheimer della RSA. Considerando i dati sull'incidenza del dolore cronico (19% nella popolazione adulta europea, 50% nelle persone con più di 65 anni, e addirittura 60% tra gli over 75) e della demenza (secondo recenti dati dell'ISS e dell'OMS, presente nell'8% degli ultrasessantacinquenni

e nel 50% di coloro con più di 90 anni), si può comprendere come tali condizioni siano facilmente associate nella quotidiana pratica clinica. Tale connubio assume molta importanza nel corso della diagnosi delle demenze, in quanto la presenza di dolore può influenzare negativamente le prestazioni cognitive; con l'aggravarsi della patologia dementigena, inoltre, la comunicazione del proprio dolore diviene sempre più difficile, e spesso assume la forma di sintomi comportamentali.

ATTIVITÀ SVOLTA

L'obiettivo ultimo delle attività cliniche rivolte all'identificazione del dolore cronico è stato il miglioramento della qualità di vita dell'individuo. Una patologia algica persistente, infatti, determina molteplici conseguenze psico-fisiche e sociali negative, che restringono notevolmente le possibilità esistenziali del soggetto quando ancora autosufficiente e determinano sofferenza spesso incomunicabile negli stadi più gravi di patologia.

Attività ambulatoriale:

Visita multidisciplinare focalizzata sul dolore (neurologa + psicologa), durante la quale vengono esaminati sia gli aspetti biomedici, sia le conseguenze psicologiche del dolore sull'attività

quotidiana e sull'umore.

Tale valutazione termina con la restituzione del referto che contiene il suggerimento per eventuali approfondimenti clinici, la proposta di iter terapeutici farmacologici, di terapie fisioterapiche e di interventi psicologici ed eventuali follow up. Attività in RSA (progetto della durata di 6 mesi, poi ripetuto)

Corso di formazione per il personale ASA/OSS e infermieristico della RSA su *'La gestione del dolore nel paziente anziano'*.

Tale corso è stato articolato nei seguenti incontri mensili:

- Il dolore: fisiopatologia e valutazione
- Farmaci e dolore
- La comunicazione con il paziente
- Confronto su casi clinici

Il corso ha avuto come scopo principale l'aumento della conoscenza del personale socio-sanitario circa le manifestazioni del dolore, la sua comorbidità con le demenze e le modalità di rilevazione; inoltre, si è provveduto a creare un ambiente in cui favorire il confronto tra varie figure professionali presenti in RSA. È, infatti, assodato che una buona presa in carico dei pazienti con patologie algiche passi anche dal miglioramento delle pratiche comunicative all'interno dei reparti.

Nel contempo, l'attività clinica ha visto la coniugazione di:

- Osservazione dei pazienti attraverso la compilazione settimanale della scala clinico-osservazionale NOPPAIN, al fine di identificare i pazienti che manifestano disturbi comportamentali che avrebbero potuto costituire la manifestazione di una patologia algica sottostante. La somministrazione della scala ha visto la collaborazione tra psicologa e personale di reparto - referente OSS e fisioterapista.
- Visite neurologiche bimensili (in presenza della caposala e del medico di reparto) focalizzate sul dolore dei pazienti che hanno ottenuto un cut-off clinicamente significativo oppure che sono stati portati all'attenzione dal personale di reparto.
- Cicli di fisioterapia aggiuntiva consistente in mobilizzazione attiva e passiva.

NARRATIVA

La necessità di introdurre una valutazione del dolore per i pazienti afferenti a un centro di valutazione neuropsicologica è sorta dall'osservazione clinica, sostenuta dalla letteratura scientifica, della presenza di dolore cronico in molti anziani che si presentavano alla

DOLORE

E DEMENZA

visita e dalla constatazione che, molto spesso, esso non era stabilmente trattato a livello farmacologico. Se consideriamo le percentuali circa l'incidenza di demenza e dolore cronico tra gli anziani, emerge come tali patologie si presentino frequentemente associate in età geriatrica. Tale comorbidità risulta meritevole di attenzione in quanto la gravità del dolore sembra essere correlata direttamente con la severità della demenza e delle limitazioni funzionali. In fase di assessment per una patologia neurodegenerativa, inoltre, il dolore cronico complica il processo diagnostico, poiché influenza negativamente sia lo stato cognitivo, sia l'umore, che a loro volta si ripercuotono sulla performance del paziente.

La valutazione della presenza di dolore risulta particolarmente critica quando effettuata su pazienti con demenza grave, in quanto tale patologia è caratterizzata da un progressivo



declino cognitivo che comprende anche la perdita delle abilità linguistiche. Inoltre, l'ingravescente quadro clinico si accompagna spesso alla comparsa di sintomi psicologici e comportamentali –Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD. È possibile che alcuni di questi sintomi, denominati pain behavior, costituiscano la manifestazione del dolore nelle persone che, a causa della patologia dementigena, hanno perso le abilità comunicative, anche se risulta molto difficile dimostrare tale nesso causale.

Nonostante le differenze esistenti tra le varie forme dementigene, le evidenze mostrano dei fenomeni comuni, quali la bassa prevalenza di dolore auto-riferito dai pazienti e lo scarso utilizzo di analgesici rispetto ai coetanei cognitivamente sani, che rischiano di portare a sottovalutare il dolore dei pazienti con demenza grave. Questo risultato è causato da molti fattori, tra cui si possono annoverare i metodi inadeguati di identificazione e monitoraggio del dolore, la riluttanza all'uso stabile di analgesici e la scarsa comprensione dei meccanismi fisiologici e psicologici del dolore da parte del personale socio-sanitario.

In accordo con le evidenze, quindi, è stata progettata un'attività multidisciplinare che avrebbe coinvolto anche i pazienti a stadi avanzati di patologia e istituzionalizzati, al fine di rispondere al bisogno che si era presentato.

DOLORE

E DEMENZA

A prima vista, però, le attività sopra descritte si discostano molto dall'idea comune del lavoro dello psicologo. Si riesce ad afferrare meglio l'importanza di questo ruolo tenendo conto che il dolore, per sua stessa natura, è un fenomeno multidimensionale che necessita di essere compreso nell'individualità di ogni paziente. Durante l'assessment ambulatoriale, infatti, è necessario tenere in considerazione oltre agli aspetti più strettamente medici, i correlati emotivo-psicologici, che possono essere conseguenza della patologia algica, ma allo stesso tempo esserne un fattore esacerbante. Le patologie algiche persistenti, soprattutto nell'anziano, possono comportare un circolo vizioso di disabilità, con importanti conseguenze psico-sociali e un forte impatto negativo sull'umore e sulla quotidianità della persona. Nei pazienti con decadimento cognitivo (soprattutto se grave), poi, la rilevazione e gestione del dolore rappresentano un'imponente sfida clinica in quanto richiedono una conoscenza dettagliata dei correlati neuropsicologici dell'esperienza algica, delle sue espressioni, delle ripercussioni psicologiche, dei processi neurologici sottostanti e dell'interazione di tutti questi fattori. Inoltre, soprattutto nel contesto dell'istituzionalizzazione, è necessario conoscere il più possibile i pazienti, le loro abitudini e le loro storie cliniche e personali.

Una valutazione multidimensionale, dunque, si

DOLORE

E DEMENZA

rivela essenziale e deve comprendere il dominio psicologico e medico, attraverso informazioni ottenute da differenti figure professionali e dai caregiver.

Il corso di formazione rivolto al personale della RSA è stato aggiunto al progetto in un secondo momento, grazie anche al confronto con gli operatori stessi. È emerso, infatti, come tale argomento sia trattato spesso in modo marginale durante la formazione professionale soprattutto degli operatori ASA/OSS.

I soggetti cui si rivolge il presente progetto presentano molteplici comorbidità e un livello di decadimento cognitivo tale per cui spesso risulta difficoltoso discernere i disturbi comportamentali legati allo stato cognitivo generale da quelli causati da un'alterata manifestazione del dolore. La figura dello psicologo è risultata essenziale in questo ambito al fine di sottolineare come i pazienti in fasi severe di demenza possano comunicare la loro sofferenza attraverso modalità differenti rispetto a chi è cognitivamente sano. La collaborazione tra la psicologa e l'équipe di fisioterapisti, ASA/OSS e infermieri è stata poi di fondamentale importanza poiché questi ultimi possiedono una conoscenza più approfondita dei pazienti, data dal contatto quotidiano con essi. L'intervento della neurologa per le visite focalizzate sul dolore cronico ha infine completato il quadro e permesso di valutare anche la componente più strettamente biomedica.

Con alcune modifiche ed estensione ad altri reparti critici, il progetto in RSA è stato ripetuto tre volte nel periodo di due anni. Il più grande risultato di questa attività è stata in primis l'identificazione della presenza di dolore in parte degli ospiti, ma anche e soprattutto l'aver contribuito a rendere un'attività innovativa e sperimentale qualcosa di assodato e istituzionale, che possa continuare nel tempo in autonomia.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Achterberg W.P., Pieper M.J.C., van Dalen-Kok A.H. et al. (2013), *"Pain management in patients with dementia"*, Clinical interventions in aging, 8, pp. 1471–1482.
- AGS (2002), *"AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of persistent pain in older persons"*, Journal of American Geriatric Society, 50, pp. S205-224.
- Breivik H., Collett. B., Ventafridda V. et al. (2006), *"Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment."*, European Journal of Pain, 10, pp. 287-333.
- Corbett A., Husebo B., Malcangio M. et al. (2012), *"Assessment and treatment of pain in people with dementia"*
HYPERLINK "<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22487749>" Nat Rev Neurol., 8(5), pp.

264-74.

- Monroe T.B., Gore J.C., Chen L.M. et al. (2012), *"Pain in People With Alzheimer Disease: Potential Applications for Psychophysical and Neurophysiological Research"*, Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 25, pp. 240-255.
- Moriarty O., McGuire B.E., Finn D.P. (2011), *"The effect t of pain on cognitive function: A review of clinical and preclinical research"*, Progress in Neurobiology, 93, pp. 385-404.
- Oosterman J.M., van Harten B., Einstein H.C. et al. (2006), *"Pain intensity and pain affect in relation to white matter changes"*, Pain, 125, pp. 74-81.
- Pergolizzi J., Böger R.H., Budd K. et al. (2008), *"Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone)"*, Pain practice: the official journal of World Institute of Pain, 8, pp. 287–313.
- World Health Organization (WHO) (2012), *Dementia: A Public Health Priority*. Geneva: WHO. Disponibile in: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf

L'ANZIANO E LA SOFFERENZA PSICHICA

Di S. Golasmici

PAROLE CHIAVE

Persona anziana, sofferenza psichica.

CONTESTO E SERVIZIO

Servizi di psicologia e psichiatria pubblici e privati; RSA; case di riposo.

UTENZA E PATOLOGIE

Ansie e angosce, sentimenti depressivi nella persona anziana.

Gravi disturbi psichici pregressi nella persona anziana (es. psicosi, schizofrenia, depressione).

ATTIVITÀ SVOLTA

Sostegno psicologico, psicoterapia, formazione/ supervisione.

NARRATIVA

La sofferenza psichica nel singolo

L'invecchiamento è una condizione della vita. Per quanto banale possa essere questa considerazione, indica però che la vecchiaia non può essere ridotta ad una questione medica, psicologica o sociologica. E, purtroppo, qualche volta si corre questo rischio, specie in un contesto sociale e culturale che tende a vedere automaticamente nell'anziano una figura marginale, quando non fragile e bisognosa, confrontata con un mondo veloce, dinamico e tendenzialmente animato dall'immaginario di un'eterna giovinezza. All'interno di questo scenario, può essere abbastanza seducente ridurre la dimensione dell'anzianità ad una questione problematica, tanto più che spesso viene sottolineato l'invecchiamento generale della popolazione.

Ma al di là dei diversi modi con cui si può rappresentare la terza età (e, a ben vedere, anche questa espressione è una categoria sintetica di un'apparente evidenza), ciascuno invecchia a modo proprio. Così, se si intende portare lo sguardo sulle possibili sofferenze psichiche nella persona anziana, occorre comprendere le qualità del sentimento nell'invecchiare (Mistura, 1995). La sofferenza psichica può essere un modo col quale una persona vive il tempo della vecchiaia.

L'ANZIANO

E LA SOFFERENZA PSICHICA

Il sentimento del tempo è un aspetto cruciale, capace da solo di sollecitare una profonda sofferenza: la percezione del tempo cambia nel momento in cui la persona sente l'avanzare dell'età. Se prima il tempo coincideva con la dimensione progettuale, come orizzonte di vita possibile, nell'anziano diviene restringimento dell'esperienza: si assottiglia, sollecitando la rievocazione di scenari passati che possono anche essere avvertiti come incompiuti, interrotti o persino giudicati errati.

Così, fare l'esperienza del tempo che si assottiglia può riaprire interrogativi e ferite: si impongono cose rimaste in sospeso che generano ansia, angoscia o, più semplicemente, dolore (Giacobbi, 2013). Questo scenario, frequentemente, fa da sfondo alla preoccupazione per il coniuge, per i figli o per i nipoti, unitamente al bisogno di rivedere alcuni nodi rimasti irrisolti o conflittuali nel rapporto con loro. Ma in questo scenario si annida anche l'angoscia per il futuro di un figlio di cui il genitore anziano conosce la fragilità: il pensiero della propria uscita di scena può generare profondi sensi di colpa che possono rendere amara la vita quotidiana.

Lo scorrere del tempo appesantisce anche il corpo, rendendolo meno prestante ed efficace: è più esposto a disturbi fastidiosi e malattie, che nel vissuto soggettivo suonano come segnale di un

L'ANZIANO

E LA SOFFERENZA PSICHICA

lento declino che introduce il pensiero della fine. E proprio i sentimenti legati al pensiero della morte sollecitano la trasformazione del senso di sé nella persona anziana, che si trova a fare un bilancio della propria storia.

Mentre in passato il tempo rappresentava una potenzialità perché conteneva la promessa di poter divenire ciò che si è, il tempo della vecchiaia può essere una morsa che restringe le possibilità evolutive del senso di sé: in modo ineludibile, la persona anziana può fare l'esperienza di sentirsi ingabbiata nell'essere ciò che è diventata.

In questo conflitto, si annidano i pensieri circa la propria realizzazione di sé in quanto persona, con l'inevitabile presenza di rimpianti o rimorsi che possono assegnare una tinta malinconica e, qualche volta, depressiva all'esperienza quotidiana: il pensiero retrospettivo può qui prendere il sopravvento, portando la persona anziana ad un costante logorio su ciò che è stato fatto e non fatto, su ciò che si poteva o doveva fare e quel che poi è accaduto.

In particolare, l'esperienza soggettiva della perdita del senso di efficacia e l'esclusione dalla vita produttiva e socio-lavorativa possono procurare dolore ed erodere il senso di identità, che per molti anni ha potuto trovare espressione

L'ANZIANO

E LA SOFFERENZA PSICHICA

e realizzazione nel luogo di lavoro: questo aspetto può essere tanto più profondo e acuto quanto maggiore è stata l'esperienza affettiva vissuta nei legami interpersonali del contesto lavorativo.

Per altro verso, invece, l'allungamento dell'età pensionabile può far percepire nella persona sempre più anziana un senso di inadeguatezza, che può trasformarsi in perdita di interesse e difficoltà a ridefinire un senso di sé all'interno del contesto lavorativo: costantemente sollecitato da stimoli che richiedono riadattamenti e nuovi compiti evoluti, il mondo produttivo del lavoro rischia di generare sentimenti di disagio poiché talora trascura le caratteristiche ed il tempo di sviluppo di una persona che diventa anziana. La percezione dell'isolamento e della solitudine, unitamente all'esperienza di un tempo che rallenta rispetto ai ritmi del passato e rispetto al contesto socio-culturale attuale, possono interferire o intralciare l'esperienza del nuovo status e della rinnovata identità: la presenza di ansie, angosce, preoccupazioni somatiche reali o temute, risvolti depressivi sono segni di una difficoltà che la persona può vivere nel complesso momento



della ridefinizione del senso di sé durante l'invecchiamento.

La grave psicopatologia nei servizi di assistenza all'anziano

L'ingresso in una struttura socio-sanitaria rappresenta un momento di cambiamento esistenziale per l'anziano non più autosufficiente e per i suoi familiari. Qualche volta, può essere vissuto come snodo traumatico e scalfire ulteriormente il sentimento di identità e dignità della persona, talora aprendo il varco ad un senso di solitudine e, qualche volta, anche di depressione o disperazione (Le Gouès, 1991; Spagnoli, 1995).

Accanto a queste drammatiche eventualità, ve ne sono però altre di cui forse si parla meno. Probabilmente, la loro scarsa visibilità è determinata dal fatto che spesso sono situazioni già trattate da altri servizi socio-sanitari, pertanto inserite in una logica istituzionale senza che ciò susciti una particolare attenzione.

Si tratta dell'invecchiamento della persona con un grave disturbo psichico (schizofrenie, psicosi, severe forme depressive, gravi disturbi di personalità). Infatti, anche le persone che soffrono di una grave psicopatologia invecchiano e si trovano ad affrontare il personale dramma di dover approdare in contesti di cura e assistenza

L'ANZIANO

E LA SOFFERENZA PSICHICA

non più erogati principalmente o esclusivamente dai servizi psichiatrici.

Di solito, la psicopatologia di queste persone è cronicizzata e tendenzialmente stabilizzata, anche grazie alla pluralità degli interventi erogati dai servizi psichiatrici. Molto spesso, sono persone ricoverate presso diverse realtà della residenzialità psichiatrica: un contesto che, sia pure con diversa intensità, prevede interventi finalizzati alla riabilitazione psichiatrica e psicosociale, ma che, nel caso della persona divenuta anziana, talora non sono più in grado di rispondere al suo crescente bisogno socio-assistenziale.

Questa doppia condizione, di persona anziana e di persona con grave disagio psichico, rischia di creare, oltre che possibili difficoltà di gestione clinica, anche risposte istituzionali potenzialmente inadeguate: difficilmente collocabili nella residenzialità psichiatrica perché hanno superato il limite di età prevista (65 anni) o perché non più in grado di rispondere agli interventi riabilitativi, sono accolte con difficoltà anche dalle strutture assistenziali poiché, comprensibilmente, la problematica psichica incide sulla valutazione dell'idoneità. Se il contesto residenziale psichiatrico risulta carente sotto il profilo socio-assistenziale, poiché eminentemente focalizzato sulla riabilitazione psico-sociale, le istituzioni socio-sanitarie che si occupano dell'anziano talora

L'ANZIANO

E LA SOFFERENZA PSICHICA

lamentano scarsità di competenza e risorse che, a propria volta, genera forme di resistenza e rifiuto. In alcune realtà istituzionali deputate alla cura della persona anziana, questa situazione viene affrontata stabilendo collaborazioni costruttive con i servizi territoriali di psichiatria. Più spesso, però, le difficoltà di gestione clinica sembrano venire ovviate ricorrendo principalmente allo strumento della psicofarmacoterapia, qualche volta inteso non solo come una tra le soluzioni possibili e opportune, ma semplicemente interpretato come intervento sufficiente. In altre circostanze ancora, è invece difficile trovare una collocazione idonea, contribuendo a creare nella persona anziana con grave disturbo psichico un senso di ulteriore precarietà e smarrimento che rimane inascoltato.

Il rischio che la meccanicità delle cure, la sterilizzazione dei rapporti umani, la burocrazia delle decisioni all'interno delle istituzioni possano divenire prassi tanto ordinarie quanto impersonali appare qui piuttosto elevato. D'altra parte, il confronto con l'angoscia per la morte, con la malattia, col decadimento e con la follia induce l'operatore, l'organizzazione e l'istituzione a non identificarsi facilmente col dramma del vecchio, tanto più se "matto", generando così un altro paradosso: nel tentativo di offrire risposte di cura, si rischia di impedire alla persona di vivere la propria condizione di vecchietta, relegandola all'anonimato, all'indifferenza, alla marginalità.

L'ANZIANO

E LA SOFFERENZA PSICHICA

Se da un lato, può essere necessario pensare a contesti di cura più mirati, come potrebbe essere la realizzazione di diversificate realtà psico-geriatriche (per altro già esistenti nel territorio, ma ancora troppo poche e troppo poco differenziate), capaci di comprendere e rispondere al bisogno della persona anziana con problemi psichici, d'altra parte occorrerebbe promuovere e sostenere all'interno dei servizi, nel campo grupppale e istituzionale, una generale sensibilità terapeutica (Correale, 2012; Corino & Sassolas, 2010).

Non si tratta, evidentemente, di fare psicoterapia con gli operatori, con i gruppi o le istituzioni; né di avere la pretesa che questi divengano anche terapeuti. Si tratta, invece, di istituire luoghi e momenti di incontro tra molteplici interlocutori, in cui il pensiero e gli affetti possano essere oggetto di osservazione e riflessione. Poter ritrovare un tempo in cui rivitalizzare il pensiero e movimentare con rinnovati sguardi ciò che può apparire incancrenito dalla ripetitività dei gesti, dei comportamenti, delle scelte o degli atteggiamenti è una salutare premessa affinché i singoli, i gruppi, le organizzazioni e le istituzioni possano comprendere le ricadute del proprio agire, rinnovando quel rapporto di cura che si intende promuovere ed evidenziando al tempo stesso potenziali rischi o derive.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Corino U., Sassolas M. (2010), *Cura psichica e comunità terapeutica. Esperienze di supervisione*, Borla, Roma.
- Correale A. (2012), *Area traumatica e campo istituzionale*, Borla, Roma.
- Giacobbi S. (2013), *Vecchiaia e morte nella società fetalizzata. La psicoterapia dell'anziano*, Mimesis, Milano, Udine.
- Le Gouès G. (1991), *Le psychanalyste et le vieillard. Paris: Presses Universitaires de France. Trad. It. La psicoanalisi e la vecchiaia*, Borla, Roma, 1995.
- Mistura S. (1995), *Invecchiamento e vecchiaia*, in A. Spagnoli, *E divento sempre più vecchio. Jung, Freud, la psicologia del profondo e l'invecchiamento*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 7-24.
- Spagnoli A. (1995), *E divento sempre più vecchio. Jung, Freud, la psicologia del profondo e l'invecchiamento*. Bollati Boringhieri, Torino.

POSSIBILITÀ DI CURA PSICOLOGICA PER L'ANZIANO

Di S. Menunni

PAROLE CHIAVE

Sofferenza; depressione; ansia; psicogeriatría; diagnosi differenziale; cura psicologica; psicoterapia; promozione della salute; possibilità; prevenzione; socialità; setting; falsi miti.

CONTESTO E SERVIZIO

L'aumento esponenziale negli ultimi decenni della fascia di popolazione che può essere definita "anziana" ha condotto alla nascita di uno specifico ramo clinico, denominato "*psicogeriatría*". Tale disciplina si caratterizza come quel ramo della psicologia che si occupa dei problemi psichici specifici delle persone di età avanzata, integrando quindi le conoscenze e la cultura provenienti da differenti discipline, quali la geriatria, la neurologia, la neuropsicologia.

UTENZA E PATOLOGIE

Le importanti modificazioni biologiche, sociali e psicologiche che avvengono nel corso dell'invecchiamento rendono l'anziano più vulnerabile allo sviluppo di condizioni polipatologiche, in

particolare a carattere cronico-degenerativo, e alla manifestazione di quadri psicopatologici, quali depressione, disturbi d'ansia, sintomi somatici. Da tenere in considerazione inoltre, l'alta incidenza di depressione negli ultrasessantacinquenni, che si attesterebbe al 20% tra coloro che risiedono a domicilio, per salire al 30% tra gli anziani ricoverati in ospedale e addirittura al 45% tra gli ospiti delle RSA.

ATTIVITÀ SVOLTA

Percorsi di sostegno psicologico e/o di psicoterapia individuali e di gruppo.

Incontri divulgativi di informazione sull'essere anziano e sulla psicologia dell'invecchiamento.

NARRATIVA

Accade spesso che, presso un centro volto all'individuazione del decadimento cognitivo, si presentino individui le cui difficoltà soggettive sono legate non all'esordio di una forma dementigena, ma alla presenza di problematiche psicopatologiche, prime tra tutte ansia e depressione. Accade anche spesso che, alla consegna del referto, quando lo psicologo addetto spiega, alla luce dei risultati ottenuti, la necessità per la persona di una presa in carico psicologica/psicoterapeutica, questa possibilità non sia accolta dall'utente in questione. Una frase che frequentemente ci sentiamo ripetere è *'Ma alla mia età cosa vuole che possa cambiare!'*. È come se la persona anziana e la famiglia siano pronte ad accettare l'eventuale esordio di una forma dementigena, degenerativa (ed eventualmente trattabile

per posticipare il più possibile il declino cognitivo e funzionale, ma non curabile definitivamente al livello delle conoscenze scientifiche attuali), ma non possano prendere in considerazione la possibilità che le difficoltà siano legate alla sfera emotivo-relazionale della persona.

Questo stato di cose pone come obiettivo primario nella promozione del benessere dell'anziano l'apertura della possibilità di accesso alla cura psicologica, passando attraverso:

Cambiamento del contesto culturale:

in un contesto sociale come quello odierno, risulta necessario, al fine di un migliore approccio alla psicopatologia dell'anziano, sfatare alcuni "falsi miti" legati in primo luogo alla visione dell'invecchiamento come un periodo della vita caratterizzato inevitabilmente alla "perdita" di funzionalità, di capacità cognitive, di possibilità e di prospettive e, in secondo luogo, al fatto che sia "normale" il presentarsi di problematiche psichiche (soprattutto depressive) durante la Terza Età. È inoltre opinione diffusa, anche se smentita largamente dall'evidenza scientifica, che il sostegno psicologico e la psicoterapia siano inefficaci per questa popolazione a causa di una sostanziale immodificabilità dei tratti caratteriali e delle inevitabili sofferenze emotivo-relazionali. Tale cambiamento culturale è perseguibile attraverso la diffusione della cultura psicologica e del nuovo significato che nella nostra epoca sta assumendo l'essere *anziano*. È possibile, per esempio, pensare all'organizzazione di incontri informativi presso strutture quali Centri Sociali per Anziani, Associazioni o Università della Terza Età, ecc... volti a sottolineare sia che il concetto di anzianità non è solo sinonimo di decadimento, sia che il cambiamento, se sostenuto da un'adeguata motivazione, è possibile a tutte le età.

Prevenzione:

nonostante quanto esposto sopra, la popolazione anziana è effettivamente più a rischio rispetto ai giovani nello sperimentare eventi di vita vissuti come critici, quali pensionamenti, lutti, cambiamento del proprio ruolo sociale, aumento della dipendenza da altri, diminuzione delle possibilità economiche. Tali eventi, insieme all'insorgere di disabilità e isolamento sociale, possono costituire i fattori scatenanti l'esordio di problematiche psicologiche, come quadri depressivi e ansiosi. Appare quindi di fondamentale importanza l'implementazione di interventi preventivi, come campagne di formazione/informazione territoriali, volti alla promozione della salute e del benessere degli anziani, soprattutto presso strutture che raccolgono soggetti ad alto rischio, quali ospedali e case di riposo.

Al fine di una corretta pratica preventiva, inoltre, sarebbe auspicabile il coinvolgimento delle figure medico-sanitarie che per l'anziano possono rappresentare un punto di riferimento, quali medici di base e farmacisti.



OBIETTIVI E CONTENUTI DELL'ATTIVITÀ PSICOLOGICA/ PSICOTERAPEUTICA CON L'ANZIANO:

Diagnosi differenziale:

le peculiarità socio-culturali, psicologiche e biologiche della popolazione anziana fanno sì che spesso le manifestazioni psicopatologiche che appaiono in questa fascia d'età si differenzino da quelle che esordiscono più precocemente nell'arco di vita. Negli stati depressivi, per esempio, sono maggiormente presenti sintomi quali agitazione, disturbi gastrointestinali, affaticamento, alterazioni cognitive, preoccupazioni relative alla disabilità, alla malattia e alla morte. Altra complicazione che interviene nel processo diagnostico è dettata dall'imponente componente somatica, che spesso si sovrappone alla sintomatologia riferita a patologie in comorbidità. Specifica attenzione poi andrebbe posta al presentarsi di problematiche cognitive, in particolare riferite alle abilità mnesiche e attentive, che spesso possono essere legate alla presenza di stati ansiosi o depressivi, piuttosto che all'insorgenza di disturbi neurodegenerativi a carattere dementigeno.

Setting:

oltre al classico approccio terapeutico individuale, valido nell'anziano come nell'adulto, alcuni lavori scientifici mettono in luce l'efficacia della terapia di gruppo nel trattamento delle problematiche psicologiche dell'anziano. Il gruppo, infatti, costituisce una valida modalità terapeutica volta al potenziamento delle abilità relazionali della persona, permettendo la creazione di nuovi rapporti sociali, qualora il disagio fosse legato alla percezione di perdita delle possibilità sul piano relazionale. Ulteriore modifica all'abituale setting dello

psicologo/psicoterapeuta può essere apportata prendendo in considerazione l'eventualità di effettuare dei colloqui a domicilio con il proprio paziente. Tale soluzione appare una buona modalità di aggancio sia per quegli anziani con problematiche di salute tali da limitarne l'uscita dalla propria abitazione, sia per coloro per cui gli spostamenti risultano difficoltosi per motivi logistici (pensiamo, per esempio, alla grande quantità di donne anziane senza patente).

Tematiche:

la peculiarità del periodo di vita rappresentato dalla terza età pone lo psicologo/psicoterapeuta a confronto con contenuti che possono differire da quelli che emergono in altri contesti di lavoro. Per esempio, è frequente che l'individuo porti in terapia problematiche relative al lutto, alla perdita di persone care, del proprio ruolo sociale, della funzionalità e dell'indipendenza. Altri temi tipici possono essere quelli legati al presentarsi di condizioni patologiche e al caregiving, più frequenti nel corso del procedere dell'arco di vita.

Modalità terapeutica:

piuttosto che basare la cura psicologica sulle differenze meramente riferite all'età, risulta più utile tenere in considerazione le storie personali di ognuno all'interno dei peculiari contesti di vita in cui hanno luogo (es: anziano indipendente o istituzionalizzato, solo o con famiglia...), al fine di comprendere, per ogni paziente preso in carico, la specificità delle problematiche riferite. A prescindere dall'approccio psicoterapeutico adottato, molteplici sono le evidenze dell'efficacia del sostegno psicologico in età avanzata. Tale efficacia sembra essere intrinsecamente legata alla costruzione di uno spazio di cura che sia individualizzato sui bisogni della

persona e sulle peculiarità culturali presenti negli individui anziani.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anderson D., Wattis J. (2014), *"Psychotherapeutic approaches to the elderly: Part One"*, Geriatric Medicine, 44, pp. 31-33.
- Atiq R. (2006), *"Common Themes and issues in Geriatric Psychotherapy"*, Psychiatry, 3(6), p. 53.
- Ballerio M., Damiani S., Grazioli L. et al. (2013), *"Psicofarmacoterapia nel paziente anziano istituzionalizzato: un'indagine epidemiologica"*, Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia, 126(1), pp. 167-174.
- La Repubblica.it, Dizionario Italiano, disponibile in: *"<http://dizionari.repubblica.it/Italiano/P/psicogeriatra.php>"* e in *"<http://dizionari.repubblica.it/Italiano/P/psicogeriatra.php>"* [10 ottobre 2016]
- Lane C. (2007), *Geriatric mental health and the concept of in home psychotherapy*, Presented at NACSW Convention 2007 March 2007, Dallas, TX.
- Vampini C, Bellantuono C. (2002), *"La terapia dell'ansia e della depressione nell'anziano"*, NÓOc 1, pp. 7-46.

IL PROFUMO DEL CAFFÈ: LE BUONE PRASSI DELLO PSICOLOGO DOMICILIARE

Di E. Rosa

PAROLE CHIAVE

Caregiver, demenza, burn-out assistenziale, stress, assistenza domiciliare.

CONTESTO E SERVIZIO

Un gran numero di pazienti affetti da patologie croniche e demenza è assistito a domicilio dai propri familiari e la presenza di questi "angeli" a domicilio, così spesso definiti dagli assistiti, rappresenta un importante supporto e punto di riferimento per i pazienti e per le loro famiglie.

L'assistenza domiciliare è un'esperienza unica portatrice di esperienze emotive significative, carica di significati sul senso e il significato della vita ed espone gli operatori domiciliari ad un continuo contatto con il dolore e con la sofferenza. Entrare in una casa in una situazione di cronicità diventa come far parte dell'intero nucleo familiare, assorbe energie psicologiche e pone interrogativi sulle modalità relazionali "più corrette da utilizzare" e sul vestito più consono da "indossare" in quella particolare situazione.

Il ritorno al proprio domicilio, poi, avviene portando con sé parti della propria giornata, immagini dei propri utenti, emozioni positive e negative.

Lo psicologo domiciliare che fa parte di un'equipe di cura riveste un ruolo fondamentale e di raccordo fra le dinamiche che intercorrono tra i vari attori assistenziali tra cui il MMG (Medico di Medicina Generale), il medico specialista (neurologo, geriatra o palliatore), l'IP (infermiere professionale), l'OSS (Operatore Socio Sanitario) l'AS (Assistente Sociale), l'EP (Educatore Professionale) e l'intero nucleo familiare.

È pertanto importante definire alcune buone prassi di intervento per valorizzarne il ruolo e le potenzialità.

UTENZA E PATOLOGIE

Caregiver di pazienti affetti da demenza; pazienti anziani con patologie croniche.



ATTIVITÀ SVOLTA

Il lavoro svolto dallo psicologo domiciliare si differenzia soprattutto in base al ruolo che ricopre.

Può assumere un ruolo valutativo ad esempio se presta consulenza all'interno dell'UCAM (Unità di Continuità Assistenziale Multi-dimensionale) o se riveste un ruolo come erogatore di un servizio come psicologo che collabora con l'èquipe dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) o come erogatore di un servizio per la Misura 4 (RSA aperta DGR.2942).

NARRATIVA

Lo psicologo domiciliare può espletare la sua funzione di supporto ai pazienti, ai familiari e all'èquipe curante.

Le buone prassi dello psicologo domiciliare comprendono:

1. La valutazione psicologica e cognitiva degli utenti e dei loro caregiver a seguito delle quali si può rendere necessaria l'attivazione del supporto psicologico con l'utilizzo di specifici strumenti professionali (colloqui clinici, utilizzo di test psicologici e cognitivi). Tale valutazione è finalizzata alla stesura di un PI (Piano Individuale) condiviso all'interno di un'èquipe multi-dimensionale;
2. La valutazione finalizzata all'accesso alle Misure Regionali (es. Residenzialità Leggera/Assistita (Misura 2) e RSA Aperta (Misura 4), DGR. 2942 con gli strumenti sopra citati;
3. La valutazione per l'idoneità all'accesso e alla permanenza

presso le Comunità Residenziali, tramite la rilevazione di parametri cognitivi, psicologici e sociali.

4. La consulenza di orientamento ai servizi, caratterizzata dall'analisi dei bisogni dell'utente e delle risorse del nucleo familiare con la finalità di orientarli verso una scelta assistenziale adeguata (es. inserimento presso CDI, RSA o orientamento verso le misure regionali);
5. Il Colloquio di supporto psicologico rivolto ai familiari ed ai pazienti in situazione di difficoltà.
6. L'Organizzazione di percorsi formativi e seminari rivolti ai familiari con la finalità di migliorare la conoscenza della malattia e la sua gestione;
7. I Colloqui psicoeducativi ed esperienze di affiancamento di caregiver formali (badanti) nella gestione del paziente in particolare nella gestione della relazione in presenza di disturbi del comportamento;
8. L'affiancamento del caregiver e il paziente sostenendo la sua motivazione nel percorso di modificazione dell'ambiente domiciliare anche con il supporto di esperti di domotica e di architettura con una visione Bio-Psico-Sociale del paziente.

I colloqui di sostegno e supporto al fine vita rivolti sia al paziente che al caregiver (ambito cure palliative area geriatrica e neurologica), finalizzati alle scelte di fine vita (passaggio all'alimentazione enterale tramite sondino naso gastrico, posizionamento della PEG in caso di peggioramento della disfagia, intervento per tracheotomia in una SLA ad insorgenza tardiva.

L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO A DOMICILIO PER L'ANZIANO FRAGILE E LA SUA FAMIGLIA

Di R. D'Alfonso

PAROLE CHIAVE

RSA Aperta: misura sperimentale della Regione Lombardia (DGR 2942/2014) con la finalità di sostenere le famiglie a gestire il proprio caro anziano affetto da demenza o altre patologie di natura psico-geriatrica a domicilio e/o in semiresidenzialità presso RSA Accreditate

Valutazione Multidimensionale (VMD): valutazione dell'anziano fragile in diverse dimensioni, clinica, funzionale, cognitiva, socio-relazionale. Agenzia Tutela Salute (AST) sostituisce le ASL nella riforma sanitaria Regione Lombardia del 2015

Care Manager: responsabile del monitoraggio periodico del percorso di cura nella misura di RSA Aperta

Stress del Care Giver (Caregiver Burden): carico, peso della fatica psico-fisica provata da chi cura e assiste persone affette patologie come la demenza

Coping: dall'inglese to cope, (fronteggiare): sforzi compiuti per fronteggiare situazioni stressanti

Metodo Validation: metodo introdotto da Naomi Feil per meglio comunicare con la persona anziana disorientata

Approccio Capacitante: metodica messa a punto dal dott. Pietro Vignorelli per meglio gestire la relazione con l'anziano fragile

CONTESTO E SERVIZIO

L'intervento dello psicologo a domicilio può svolgersi in diversi contesti, direttamente sulla base di richieste da parte di famiglie e privati, all'interno di specifici progetti di Enti che operano nel campo della Assistenza agli anziani, piuttosto che come attuazione di nuove opportunità legislative, quali le normative sperimentali emanate dalla Regione Lombardia sulla RSA Aperta, che prevedono la possibilità per le famiglie di ricevere voucher di diverso profilo, ed usufruire a domicilio o in semiresidenzialità dei servizi della Equipe di operatori delle RSA. Sulla base dei Piani Individuali e della VMD della AST, l'equipe della RSA predispone propri Piani, nel rispetto della necessaria flessibilità per adattarsi alle esigenze individuali, in collaborazione tra diverse figure professionali. Grande la rilevanza di questa misura, che si auspica sia confermata in modo definitivo e non cancellata, per il benessere dell'anziano e della famiglia.

UTENZA E PATOLOGIE

Nella Regione Lombardia sono ormai più numerose le famiglie con un anziano nel nucleo familiare di quelle con un minore. L'intervento dello psicologo dell'invecchiamento a domicilio può essere richiesto:

- Per approfondire aspetti diagnostici, ad esempio per meglio distinguere tra sintomatologie depressive o legate ad un declino cognitivo;
- Per programmare modalità di stimolazione e riabilitazione cognitiva, nei casi di iniziali manifestazioni di demenza;
- Per formare badanti e assistenti sulle metodologie più efficaci per affrontare i disturbi comportamentali nella demenza;
- Migliorare le capacità di far fronte (coping) alle difficoltà dei caregiver e dei familiari sulla base anche di una migliore conoscenza dei servizi territoriali;
- Per coordinare le équipe multiprofessionali a domicilio.

L'intervento è pertanto rivolto sia ad anziani fragili, sia ai familiari, in una logica di lavoro di rete tra servizi territoriali.



ATTIVITÀ SVOLTA

La specificità del contributo professionale dello psicologo dell'invecchiamento.

Nel corso degli anni si è meglio definito il contributo della figura dello psicologo all'interno delle strutture per anziani non autosufficienti. La nuova sfida è ora la definizione del ruolo dello psicologo anche a domicilio, considerata la crescente rilevanza di questi interventi resi necessari da diversi fattori di ordine demografico, economico e sociale. La figura dello psicologo a domicilio, coinvolto nella cura e trattamento non solo dell'anziano fragile, ma anche del nucleo familiare, è ormai una realtà diffusa, favorita da nuove occasioni in ambito normativo e legislativo.

La famiglia costituisce il più diffuso servizio di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti, anche per le persone con demenza. La demenza si connota sempre più come «una malattia familiare. Si disorienta non solo l'identità del malato, ma anche il ritmo di vita dei familiari, costretti ad una vita *simbioticamente* organizzata con il proprio assistito.

Nella nostra esperienza la psicologa e gli operatori della RSA Casa Famiglia San Giuseppe di Vimercate hanno iniziato, in collaborazione con la AST, a intervenire a domicilio a supporto dell'anziano fragile e dei familiari soprattutto grazie alle normative del 2014 della Regione Lombardia. Le famiglie si rivolgono al servizio di RSA Aperta per realizzare gli obiettivi contenuti nel Piano Individuale. Gli interventi possono essere svolti a domicilio o anche, per alcune giornate, in semiresidenzialità presso la RSA. Può essere richiesto il contributo di diverse figure professionali, quali Fisioterapista, Educatore, Infermiere, ASA, e Psicologo, che spesso assume il ruolo di care manager del percorso individualizzato.

In sintesi queste le tappe comuni ai diversi interventi:

- Analisi della domanda, lettura dei bisogni globali dell'anziano e dei familiari;
- Analisi delle dinamiche familiari, delle problematiche e delle potenzialità;
- Analisi anche delle risorse del domicilio in termini non solo assistenziali, ma anche educativi e di promozione del benessere;
- Predisposizione di un Piano Individualizzato, in coordinamento con le altre figure professionali coinvolte e dopo la fase di Valutazione Multidimensionale;
- Scelta degli strumenti di intervento più adeguati:
 - Colloqui con l'anziano e uso di metodi quali Validation o il Conversazionalismo;
 - Uso di strumenti autobiografici
 - Colloqui psicologici e psicoterapeutici con i familiari
 - Predisposizione di possibilità educative-animative a domicilio
- Formazione ai familiari e agli assistenti-badanti,
- Coordinamento con le risorse di rete del territorio,
- Monitoraggio e verifica periodica.

Il cuore dell'intervento dello psicologo dell'invecchiamento a domicilio è rappresentato dalla analisi delle strategie di *coping* attivate dai familiari per favorire la resilienza e gli stili più adattivi. Lo psicologo a domicilio interviene sul cosiddetto stress del caregiver, spesso utilizzando il modello di Lazarus e Folkman, a supporto delle problematiche emotive (*emotion focused coping*), ma anche della soluzione dei diversi problemi (*problem focused coping*) che i familiari si trovano ad affrontare, da quelli sanitari, economici a quelli gestionali, di conoscenza della rete dei servizi.

Lo psicologo riveste un ruolo centrale nell' *empowerment* delle risorse familiari e nel coordinamento-integrazione degli interventi della rete dei servizi, nella direzione delle linee individuate da Kitwood e definite *Psicologia Sociale Benigna*.

NARRATIVA

Nel dicembre del 2014 sono contattata, inizialmente a livello privato, dalla signora Luisa, preoccupata per i riflessi a livello familiare delle condizioni di salute del padre, in sig. Enzo, uomo attivo e impegnato (era stato per due mandati sindaco di un a cittadina della Brianza.), a cui in quel periodo era stata diagnosticata la malattia di Alzheimer, sorta forse dopo un trauma cranico, dovuto ad una caduta in montagna. La madre, sig.ra Anna, inoltre deve riprendere analisi e cure per la recrudescenza di una malattia oncologica. Anna tuttavia non intende curarsi, perché troppo impegnata nella assistenza giorno e notte al marito, che, come spesso avviene nelle fasi iniziali, non ammette di essere malato e insiste per continuare a svolgere la sua vita di sempre, con conseguenti gravi rischi. La signora Luisa ha altri due figli, inizialmente poco collaboranti nel lavoro di cura, in quanto stentano ad accettare la malattia del padre e la minimizzano. La coppia abita in una bella villa, con molto terreno, alberi, orto e pollaio. L'arredo è ricco, ma "vissuto", con foto, libri e riviste. Nel primo accesso a domicilio sono accompagnata da Luisa e devo superare l'iniziale ostilità di Enzo, che non gradisce nelle ore del tardo pomeriggio ricevere visite. Riusciamo a migliorare il nostro rapporto, anche grazie alla sincera ammirazione e curiosità che provo per la casa e in particolare per il suo studio, ricco di ricordi e cimeli dei viaggi compiuti quando era sindaco. La signora mi mostra poi una vera sorpresa, che si rivelerà molto

utile e interessante per la relazione terapeutica: in un cassetto della scrivania sono conservate decine di piccole agendine, annotate con fitta scrittura, pagina per pagina, con i ricordi di una vita intensa e di grande responsabilità. Mentre parlo con il marito, la signora dimostra a sua volta desiderio di raccontare le sue esperienze e i vissuti emotivi che vive in questo periodo, ma anche riferite ai lunghi anni di relazione con il marito. Lascio perciò anche un breve spazio per ascoltarla e concordare i successivi interventi.

Dopo la prima visita a domicilio, ritengo opportuno coinvolgere una educatrice della RSA, esperta in metodologie autobiografiche, affinché inizi un lavoro di "messa in trama" della storia di Enzo, così ricca e interessante.

Io invece mi sarei dedicata soprattutto ai colloqui con Anna, desiderosa di avere conforto per sé, per un confronto su temi personali e spirituali ed una formazione sui metodi migliori per gestire i disturbi di Enzo. Consigliamo poi alla figlia Luisa di fare domanda per ottenere l'inserimento nella misura di RSA Aperta, domanda che viene accolta, cosicché diventa possibile seguirlo con l'equipe e non solo come singoli professionisti.

Nel corso di alcuni mesi Enzo continua il lavoro autobiografico: i suoi ricordi sono scritti e consegnati ai familiari. Inoltre accetta di venire per due giorni alla settimana presso la RSA per consentire ad Anna di riprendere a curarsi. Proseguo, finché la salute lo consente, i colloqui a domicilio con Anna.

Anche gli altri figli si sono coinvolti di più e stanno frequentando un corso per familiari presso la RSA, dedicato a "La Ricchezza della Cura".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- De Klerk-Rubin V. (2015), *Il Metodo Validation*. Trento: Erickson
- Feil N. (2003), *Validation Il Metodo Feil*. Bologna: Minerva Edizioni
- Kitwood T. (2015), *Riconsiderare la demenza*. Trento: Erickson
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Morton I. (2004), *La persona con demenza*. Trento: Erickson
- Vigorelli P. (2003), *La conversazione possibile con il malato di Alzheimer*. Milano: FrancoAngeli
- Viney L. (1998), *L'uso delle storie di vita con l'anziano; tecniche di terapia dei costrutti*. Trento, Erickson

NELLA TANA DEL LUPO, PSICOLOGIA A DOMICILIO

Di J. L. Casiraghi

PAROLE CHIAVE

Anziano fragile: con la terza età si modificano alcuni aspetti della personalità, della cognizione e delle emozioni. Qualora si aggiungano complicanze fisiche, malattie croniche o invalidità l'anziano può diventare un paziente geriatrico a rischio o "fragile".

CONTESTO E SERVIZIO

L'Associazione A.QU.A. (Assistenza QUotidiana Anziani) si occupa da oltre dieci anni di assistenza domiciliare agli anziani ed è attiva in tutti i distretti della città di Milano e hinterland. A.QU.A. offre servizi sanitari, socio-sanitari e sociali caratterizzati da un elevato standard qualitativo, sia in accreditamento ASL che in regime privato, per un totale di 40.000 ore di assistenza all'anno (oltre 160 accessi giornalieri).

A.QU.A. possiede uno specifico know-how relativo agli anziani, alle loro famiglie, ai caregivers all'interno di situazioni patologiche

di estrema fragilità medico-clinica, psicologica e sociale. L'Associazione garantisce interventi strutturati in un'ottica sistemica e multifattoriale, cioè dedicata all'intera famiglia con una attenzione particolare al "contesto", al fine di porre le basi per una riorganizzazione della vita quanto più equilibrata possibile. Il paziente non viene mai trattato come un "singolo malato" ma inserito all'interno del proprio contesto relazionale. A.QU.A. alza il livello di ingaggio terapeutico, chiedendo a tutti i suoi collaboratori di prendersi cura globalmente della persona affetta e del sistema famiglia al fine di garantire un più rapido riappropriarsi delle condizioni sociali e psicologiche pre-morbose. Per questo motivo il paziente non viene "preso in carico" ma "preso in cura".

UTENZA E PATOLOGIE

L'utenza di A.QU.A è in prevalenza composta da pazienti ospedalieri appena dimessi (post-acute o cronici), pazienti affetti da patologie degenerative, neuromuscolari o con patologie terminali e le loro famiglie e/o caregivers. Spesso l'utenza è composta da persone con più di 65 anni considerate dal servizio sanitario "anziani fragili".

Le patologie trattate vanno da quelle più gravi (pazienti in cure palliative per tumori, demenze

senili, patologie neuromuscolari come la SLA, fino agli esiti di un Ictus e alle lesioni da decubito.

ATTIVITÀ SVOLTA

I servizi integrati offerti da A.QU.A. sono erogati in ottica multidisciplinare e prevedono i seguenti interventi accreditati:

- consulenza medica specialistica (geriatra, neurologo, vulnologo, psichiatra);
- consulenza psicologica all'affetto e al sistema-famiglia;
- supporto infermieristico e prelievi; iv. fisioterapia e riabilitazione;

A.QU.A. fornisce inoltre servizi aggiuntivi alle famiglie di anziani affetti non inclusi nel voucher fra cui:

- interventi formativi alla famiglia dedicati a specifiche patologie (ad es. demenze senili);
- interventi formativi dedicati al personale OSS occupato al domicilio;
- ricerca, selezione, matching e addestramento degli assistenti familiari, attivazione di reti sociali;

Nello specifico gli obiettivi dell'intervento psicologico domiciliare sono:

- motivare l'anziano e la sua famiglia agli interventi riabilitativi e di supporto infermieristico;

NELLA TANA

DEL LUPO, PSICOLOGIA A DOMICILIO

- aprire uno spazio di riflessione emotiva e offrire uno spazio di confronto relazionale circa la nuova situazione contestuale;
- permettere alla famiglia di elaborare il lutto connesso alle gravi patologie con prognosi sfavorevole;
- condividere e lavorare sui significati psicologici connessi alla situazione.

Gli obiettivi sono implementati tramite dei colloqui clinici familiari, a volte allargati al personale che si occupa del caregiving, nell'ottica di una consulenza psicologica o psicoterapia breve. La prospettiva assunta fa riferimento alle teorie sistemico relazionali e ai successivi sviluppi del Modello di Milano e alla ricerca dei significati sottesi in ottica costruzionista.



NARRATIVA

Al domicilio, la cornice epistemologica di più facile utilizzo è probabilmente quella sistemica. Anche se i più stretti familiari sono deceduti, le fotografie di una vita di relazioni occhieggiano dalle librerie: il paziente anziano nella sua dimora non è mai davvero solo, ma è circondato dai ricordi, a volte ormai coperti di polvere, di un'intera vita. Il modo in cui l'anziano malato apre la porta, chiede di accomodarsi, offre magari un caffè e si siede sulla propria poltrona preferita, dice tanto della personalità incontrata, di quello che è stato e di quello che, a volte, ha perduto. La visita dello psicologo al domicilio inoltre convoca quasi sempre nipoti, parenti, a volte persino vicini o portinai, posto che queste figure siano significative per la persona malata. Se nella pratica professionale lo psicologo invita nel proprio studio la persona portatrice di sofferenza, a volte estendendo tale invito ai più stretti familiari, al domicilio vigono le regole opposte: spesso tutta la famiglia convivente, nucleare, è presente e la convocazione dei familiari è naturale, quasi automatica. Come le falene ad una fiamma viva, lo psicologo che visita al domicilio attira anche i soggetti più refrattari al colloquio psicologico, arricchendo così l'esperienza relazionale, le ipotesi interpretative e la possibilità di cambiamento. Il domicilio, in seno alla famiglia, è ad esempio il luogo più adeguato per svelare i segreti e per parlare della morte, soprattutto

NELLA TANA

DEL LUPO, PSICOLOGIA A DOMICILIO

quando finzione e menzogna hanno ammorbatto l'aria e reso lasche le relazioni e impedito alla persona morente di salutare chi ama e di chiudere come opportuno le proprie pendenze.

Al domicilio è necessaria una precisa riflessione rispetto alla propria posizione relazionale. Che ruolo assume lo psicologo? Come viene visto dalla persona malata e dalla sua famiglia? In che termini gli aspetti culturali di ospitalità e accoglienza si traducono nello scambio relazionale che ogni nuova visita inaugura? Entrare a casa delle persone significa vivere sulla propria pelle le connessioni relazionali del paziente, smascherando la "storia raccontata" e immergendosi nella "storia vissuta", costringe ad immergersi in emozioni spesso potenti, disarmanti e in grado di scuotere profondamente. Il terapeuta perde il rifugio e il supporto del proprio studio, della propria sedia, della propria ritualità ed è costretto a ricontrattare le regole del gioco. In altre parole effettuare una consulenza psicologica o una psicoterapia al domicilio richiede al terapeuta coinvolto estrema flessibilità (O. Zur, 2013), umiltà, curiosità e il coraggio necessario per entrare, per davvero, nella tana del lupo.

GLI ANZIANI CON DOPPIA DIAGNOSI: storia di un servizio di prossimità nel cremonese

Di J. G. Melli

PAROLE CHIAVE

Anziani con doppia diagnosi (affetti da processi dementigeni e da problematiche di natura psichiatrica) o anziani con accentuati disturbi comportamentali; prossimità dei servizi; tempestività di segnalazione e presa in carico.

CONTESTO E SERVIZIO

Il progetto che ha dato vita a questo servizio si è svolto per circa due anni nella città di Cremona grazie ad un contributo di Fondazione Cariplo.

Partner del progetto sono stati, inizialmente, il Comune di Cremona (specialmente il Settore Anziani attraverso lo strumento dell'assistenza domiciliare - SAD), due Cooperative Sociali del territorio accreditate per il servizio di assistenza domiciliare anziani, l'associazione di volontariato AUSER con una serie di attori in rete: l'Azienda Ospedaliera, la rete dei

GLI ANZIANI

CON DOPPIA DIAGNOSI: STORIA DI UN SERVIZIO
DI PROSSIMITÀ NEL CREMONESE

medici di base ed i fornitori di assistenza domiciliare di carattere sanitario (ADI). Il servizio, che aveva come caratteristica centrale la domiciliarità e la prossimità, veniva quindi svolto, fondamentalmente, a casa delle persone per poi spostarsi in altri contesti più istituzionali, attraverso l'aggancio ai servizi pubblici e privati del territorio.

Dopo due annualità di progetto questa specifica offerta è stata inclusa fra le possibilità dell'assistenza domiciliare ed è stata estesa anche al Distretto di Cremona, quindi ai 47 Comuni limitrofi che ne fanno parte ed ha portato / sta portando un ripensamento del classico servizio di assistenza domiciliare (SAD) in varie zone della Provincia di Cremona.

UTENZA E PATOLOGIE

Il servizio è rivolto ad anziani, sopra i 65 anni di età (salvo casi specifici con età inferiore che possono rientrare nella categoria), *affetti da patologie dementigene e disturbi psichiatrici o disturbi comportamentali gravi*, o ad anziani affetti da problematica psichiatrica (magari già conosciuti precedentemente dai servizi, ma resistenti alla terapia o all'aggancio da parte dei servizi).

GLI ANZIANI

CON DOPPIA DIAGNOSI: STORIA DI UN SERVIZIO
DI PROSSIMITÀ NEL CREMONESE

Questo tipo di utenza è difficile da intercettare, molto conosciuta a livello di vicinato e di quartieri, ma poco a livello di servizi sociali e sanitari. In taluni casi queste persone erano conosciute dalle Forze dell'Ordine e dal Pronto Soccorso dell'Ospedale per i diversi accessi fatti, per le numerose chiamate dei vicini o della persona stessa ai diversi numeri d'emergenza. La maggior parte di queste persone non ha rete familiare o amicale, o ha tagliato i rapporti anni prima.

Sono sicuramente portatori di bisogni complessi, sfaccettati, per i quali le necessità più semplici si trasformano in ostacoli insormontabili, oltre a generare, a cascata, una serie di problematiche nella comunità di appartenenza. Per questo il progetto è stato proposto all'interno di un servizio di prossimità, in modo da tener conto del contesto più generale di appartenenza durante la presa in carico.



ATTIVITÀ SVOLTA

L'attività svolta è finalizzata all'aggancio precoce o comunque all'analisi e presa in carico delle situazioni sopra descritte segnalate dai servizi sociali, sanitari (MMG, Azienda Ospedaliera, CPS, poliambulatori specialistici, centri di ascolto informali o formali) o dalla comunità locale.

Gli obiettivi sono fondamentalmente:

- Segnalazione e prima individuazione di questa casistica
- Valutazione generale delle situazioni attraverso l'ausilio di personale di varia natura (psicologo-psicoterapeuta, operatori socio-assistenziali di base, educatori)
- Raccordo con servizi specialistici e sociali del territorio per la condivisione di strategie di aggancio di queste situazioni
- Costruzione di un rapporto di fiducia a domicilio che, in seguito, porti ad un possibile aggancio con i servizi specialistici e con la costruzione di un progetto personale articolato
- Riduzione di accessi impropri al pronto soccorso, ricoveri impropri in SPDC e chiamate da parte della Comunità Locale alle Forze dell'Ordine o ai servizi sociali
- Miglioramento della qualità di vita di queste persone e delle loro famiglie, se presenti

GLI ANZIANI

CON DOPPIA DIAGNOSI: STORIA DI UN SERVIZIO
DI PROSSIMITÀ NEL CREMONESE

Per portare avanti questo tipo di progettualità è stata costruita una rete di partenariato molto forte fra il Terzo Settore e i servizi pubblici e privati del territorio che a vario titolo si interfacciano con questo tipo di problematiche. Come accennavo precedentemente, alcuni tipi di patologie in età anziana comportano il complicarsi di problematiche e di bisogni anche banali o semplici, che, spesso, inaspriscono dinamiche interne già disfunzionali in questo tipo di utenza e determinano l'acuirsi di tensioni nella Comunità di appartenenza. In questi anni ci siamo accorti che questa tipologia di anziani, in aumento con il frammentarsi delle relazioni familiari, sfugge alla presa in carico dei servizi perché mal si concilia con il loro target medio e, ricevendo risposte improprie e spesso dispendiose per far fronte a bisogni semplici, aumenta vertiginosamente la spesa sanitaria e sociale.

Abbiamo quindi deciso di includere questo tipo di risposte in un *servizio "leggero" di prossimità*, il SAD (Servizio Assistenza Domiciliare), che, con l'introduzione al proprio interno di personale formato e specializzato, potesse con più facilità entrare in contatto con questa tipologia di utenza, attraverso anche la presa in carico di necessità concrete e quotidiane, per arrivare alle fragilità sociali e sanitarie più significative e creare un aggancio con i servizi specialistici del territorio.

GLI ANZIANI

CON DOPPIA DIAGNOSI: STORIA DI UN SERVIZIO
DI PROSSIMITÀ NEL CREMONESE

NARRATIVA

Nel mio caso specifico, da anni lavoro nel sociale, collaboro con il Terzo Settore come coordinatore, progettista e tecnico di servizi sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari, con i Comuni e con l'ospedale. Mi sono resa conto che, in queste situazioni estreme di ritiro sociale, di persecutorietà, di depressione, di delirio a volte strutturato da anni, solo per citare alcuni esempi di quello che mi è capitato in questi anni, poter affiancare con la nostra professionalità gli operatori di base, di prossimità, diventa un elemento importante, direi centrale, per una presa in carico duratura che consenta un miglioramento netto della qualità di vita di queste persone. Poter portare all'attenzione dei servizi un'osservazione precisa, competente e puntuale delle situazioni, poter progettare risposte concrete ed individualizzate alle mille necessità di questo tipo di utenza collaborando con gli interlocutori più disparati (dai servizi pubblici, alla parrocchia, ai centri di ascolto, alle associazioni di volontariato, al vicinato), consente di alleggerire, di molto, la spesa sociale e sanitaria, oltre ad aumentare l'efficacia dell'intervento.

Certo non è facile perché richiede una conoscenza dei servizi territoriali da parte del professionista coinvolto ed un forte accordo di rete con essi; comporta l'adozione di una certa elasticità del lavoro, dal momento che si agisce in contesti non così formali e strutturati come l'ambulatorio, lo

studio o l'ospedale; infine, presuppone l'abilità nel creare un setting quasi dal nulla con persone che, molte volte, hanno volontariamente rifiutato una serie di aiuti e di prese in carico.

Si diventa quasi una sorta di case manager in queste situazioni, che, oltre alla patologia psichiatrica o dementigena, sono accompagnate da una profonda e completa solitudine sociale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baroni M.R. (2005), *La valutazione psicologica dell'anziano*, Carocci, Roma.
- Bosello O., Zamboni, M. (2011), *Manuale di gerontologia e geriatria*, Piccin, Padova.
- Messai F., Venturelli C. (2015), *Il welfare di prossimità*, Erickson, Trento.
- Thakur M.E., Blazer D.G., Steffens D.C. (a cura di) (2016), *Manuale clinico di psichiatria geriatrica*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.

GRUPPI FAMILIARI: DAL GRUPPO TEMATICO AL GRUPPO TERAPEUTICO

Di L. Leuzzi

PAROLE CHIAVE

RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale): è una residenza per anziani che può ospitare persone autosufficienti e non.

LUNGO-BREVE DEGENZA: la tipologia di permanenza che rappresenta la collocazione dell'anziano in una Struttura.

INSERIMENTO RSA: il delicato momento che caratterizza il passaggio alla "nuova casa".

GRUPPO TEMATICO: incontri di gruppo per persone che condividono la medesima esperienza, in cui vengono trattati argomenti specifici.

TERAPIA DI GRUPPO: una psicoterapia in cui l'intervento si svolge in un setting gruppal e permette di sfruttare gli specifici processi psicologici di gruppo.

CONTESTO E SERVIZIO

L'attività è stata svolta presso una RSA privata convenzionata, del Territorio Milanese. La comunità ospitava prevalentemente persone anziane autosufficienti; al suo interno era già presente da diversi anni la figura professionale dello psicologo. Tale figura era incaricata di sostenere e/o valutare gli ospiti. Il progetto di riservare gruppi tematici rivolti ai familiari era emerso come necessità da parte della Struttura di instaurare una maggiore compliance tra i diversi "attori" che gravitavano attorno all'anziano, soprattutto in vista di un Comitato Parenti che da tempo si intendeva costituire.

UTENZA E PATOLOGIE

Il progetto riguardava i familiari degli ospiti di una RSA milanese. La tipologia dei residenti in Struttura era costituita prevalentemente da anziani autosufficienti con patologie organiche legate all'invecchiamento. In alcuni casi la problematica che li riguardava era anche di tipo neurodegenerativo: infatti si stava valutando la realizzazione di un centro specifico per demenze.

ATTIVITÀ SVOLTA

Come detto in precedenza la mia figura era stata pensata per costruire una vicinanza tra i familiari e la Struttura stessa, in vista dell'istituzione di un Comitato Parenti. La proposta della Struttura prevedeva che si organizzassero degli incontri a tema per coinvolgere e richiamare l'attenzione dei parenti. I temi erano stati



individuati dalla Struttura stessa. Orientativamente tali temi erano centrati sull'adattamento, sulla fiducia nella Struttura ospitante, sull'accettazione della malattia, sulla figura del caregiver ed altri ancora, per un totale di dieci incontri.

Non si conosceva l'eventuale numero di adesioni, pertanto sia l'organizzazione oraria che il setting erano da definirsi in base al numero dei partecipanti (mini conferenze, gruppi).

Inizialmente, malgrado le aspettative della Struttura, aderirono poche persone (una quindicina) che partecipavano unicamente agli incontri in cui venivano trattati argomenti di maggior interesse personale. Veniva quindi a mancare la continuità e, di conseguenza, la conoscenza tra i diversi partecipanti del gruppo.

Si pensò di replicare gli incontri con altri argomenti a tema. Il ciclo di incontri ha avuto una durata complessiva di circa tre mesi. All'interno di questo arco temporale si è costituito un gruppetto di "fedeli" di nove persone che aveva manifestato interesse a questa iniziativa. Si è trattato di un passaggio

importante perché finalmente alcuni familiari avevano percepito interesse nei loro confronti da parte della Struttura, al punto da chiedere di poter proseguire gli incontri in gruppo non più attraverso argomentazioni specifiche e limiti temporali, ma come luogo di incontro settimanale dove poter parlare di sé e confrontarsi. La costituzione del Comitato Parenti, a questo punto, poteva attendere!

NARRATIVA

Spesso alcuni progetti, anche ben pensati, possono generare, durante il loro decorso, necessità, obiettivi e dinamiche molto evidenti che a volte rappresentano un valore aggiunto su cui poter lavorare. Nel caso specifico di questa esperienza, il gruppo tematico ha permesso ai partecipanti di socializzare tra loro attraverso la sollecitazione di argomentazioni di interesse personale. Si è passati dal bisogno della Struttura al bisogno del familiare. Gradualmente il gruppo, centrato prevalentemente su bisogni concreti, quali l'approfondimento delle modalità più funzionali per rapportarsi col proprio caro e con gli operatori di riferimento, ha iniziato ad esprimere i propri stati d'animo, le proprie preoccupazioni, cercando sempre più negli altri partecipanti un sostegno personale. Il familiare ha iniziato ad avvicinarsi al proprio "Mondo Interno", a riflettere sui propri sentimenti legati all'invecchiamento e alla fatica di delegare ad altri (in questo caso la Struttura) il prendersi cura del proprio caro. In questa esperienza di lavoro, il Gruppo a Tema è risultato uno strumento utile anche per motivare le persone che non avevano fatto esplicita richiesta personale di aiuto psicologico, incoraggiandole a prendere confidenza con i propri sentimenti e con le proprie emozioni,. Questi sono spesso negati ed

esternalizzati su altri soggetti (operatori, badanti, ecc.). Di fatto gli adattamenti legati alle diverse fasi di vita, compresa la malattia, coinvolgono direttamente o indirettamente tutti i componenti di un nucleo familiare.

Attraverso il libro "Il Piccolo Principe" di Saint-Exupéry, nel dialogo tra il piccolo principe e la volpe, in cui si sviluppa il tema della fiducia, la vicinanza del terapeuta sia ai familiari, sia alla Struttura ha favorito quella che nella metafora del libro trasforma una relazione umana in un'altra specifica e privilegiata. Per costruirla si passa da un concetto teorico di fiducia inteso come soddisfacimento di bisogni assoluti da parte dell'altro, a quello di relativo. Ciascuno concorre alla costruzione di questo obiettivo. Da qui il tema della fiducia intesa come capacità di affidarsi all'altro nel gruppo, sapendo che non tutto ciò che desideriamo potrà essere soddisfacente e soddisfatto. Questo vale per l'altro, questo vale per noi. In questo modo si può passare dall'esperienza dello stare assieme per fare qualcosa per l'altro, sentendo che anche l'altro può fare qualcosa per noi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Barnes M., *Storie di caregiver: il senso della cura*, Erickson, 2010
- Bion W.R., *Esperienze nei gruppi*, Armando editore, 2013
- de Saint-Exupery A., *Il Piccolo Principe*, Feltrinelli, Bompiani, 2014
- Nichols K., Jenkinson J., *Gruppi di sostegno*, Il Mulino, 2008

LA CURA DEGLI ANZIANI TRA CONTINUITÀ E DISCONTINUITÀ: relazioni collaborative tra famiglia, badanti, servizi

Di I. Ursini

PAROLE CHIAVE

Anziano fragile, sistema familiare, la malattia come evento "critico", il ricorso alle/ai badanti, il ricovero temporaneo in RSA, le differenti voci del nuovo sistema di cura: anziano, familiari, badanti, operatori di RSA, prospettive di continuità e discontinuità nel sistema di cura nelle nuove "città globali".

CONTESTO E SERVIZIO

Associazione di volontariato A.I.M.A. Milano Onlus, Istituto Geriatrico RSA Camillo Golgi di Abbiategrasso (MI), Fondazione Ticino-Olona.

UTENZA

Soggetti eterogenei coinvolti nell'attività di ricerca-intervento: anziani, badanti, familiari, operatori di reparto (numero complessivo 70).

ATTIVITÀ SVOLTA

A partire dall'occasione offerta dall'approvazione di un progetto di ricerca-intervento finanziato prevalentemente dalla Fondazione Ticino-Olona, la prospettiva assunta ha fatto riferimento alle teorie sistemico relazionali e ai successivi sviluppi del Modello di Milano in un'ottica costruzionista, per andare ad indagare come si genera ed evolve il complesso sistema di cura che vede coinvolti, anziano fragile, familiari, badanti, operatori di reparto RSA.

NARRATIVA

Il progetto "La cura condivisa: progettazione e monitoraggio di relazioni collaborative nel sistema di cura familiare e residenziale per i soggetti portatori di patologia Alzheimer ed altri tipi di demenza" intendeva da una parte presidiare il momento dell'incontro tra domanda/richiesta d'aiuto della famiglia e offerta di cura e assistenza a domicilio da parte dei/delle badanti, dall'altra monitorare la continuità della loro presenza accanto al paziente e ai familiari, nel momento in cui il malato necessitava di un ricovero in struttura residenziale, sia temporaneo che a lungo termine.

La realizzazione

A partire del tema centrale, *la condivisione della cura*, la realizzazione del progetto si è sviluppata in interventi differenti e tra loro complementari. Si sono creati luoghi e modalità affinché i differenti attori della cura – familiari caregiver, badanti e operatori dei reparti dell'Istituto C. Golgi - potessero aver voce e potessero, quindi, sentirsi ascoltati e compresi. Strumento principe è stata un'intervista semi-strutturata che nel corso del colloquio con

le badanti, ha assunto spesso la forma di *intervista biografica*; in aggiunta sono stati somministrati semplici questionari auto-compilati sulla percezione del carico assistenziale per familiari e badanti; gli operatori dei reparti coinvolti nel progetto sono stati incontrati in due *focus group*.

La condivisione della cura familiare a domicilio è stata indagata e trattata nel seguente modo:

1. tramite una scheda compilata telefonicamente, sono state filtrate le richieste di familiari che, in vario modo, giungevano all'A.I.M.A. Milano Onlus e che presentavano le caratteristiche sia di presenza già a domicilio di una badante la cui gestione mostrava alcune criticità, sia di richiesta d'aiuto nel progettare un primo inserimento di tale figura;
2. individuate le situazioni (15), sono stati fissati colloqui distinti per il familiare e per la badante presso lo sportello d'ascolto strutturato nella sede dell'A.I.M.A. Milano, Onlus in Milano, gestito da due consulenti psicologhe; durante tali incontri, organizzati in fasce orarie facilitanti l'accesso di familiari e badanti, sono stati somministrati gli strumenti di cui sopra.

Osservazioni e commenti

Per la famiglia la richiesta d'aiuto ad un membro esterno al sistema familiare, come testimonia la letteratura sull'argomento, innesca dinamiche complesse. I familiari sperimentano, dolorosamente, i limiti delle proprie capacità di cura e, conseguentemente, fanno fatica a discriminare gli aspetti da delegare al/alla badante e quelli da continuare a gestire personalmente. La situazione che viene a determinarsi è spesso carica di accordi impliciti e aspettative non realistiche che possono rendere disfunzionale la realizzazione della cura,

con conseguente sovraccarico sia per il familiare, sia per la badante. Durante i colloqui svolti presso lo sportello d'ascolto, indipendentemente dal livello di gravità del paziente, abbiamo incontrato familiari caregiver con la profonda convinzione che *la casa è il luogo dell'assistenza per realizzare le migliori cure*. Il ricorso alle badanti – prevalentemente moldave – comprendeva pertanto, oltre alla valutazione di aspetti economici e sociali che avevano orientato la ricerca d'aiuto in tal senso, anche il desiderio di essere aiutati a tener fede a questa premessa.

Nella permanenza a domicilio del malato, il caregiver resta l'interlocutore privilegiato e il regista per l'analisi e la soddisfazione delle esigenze del paziente, nei confronti del quale è in atto un profondo coinvolgimento emotivo, anche quando le storie relazionali familiari sono state caratterizzate da conflitti e carenza di riconoscimenti affettivi. Le badanti intervistate hanno manifestato la loro disponibilità a condividere l'impegno della cura, anche in assenza di una specifica qualifica professionale.

Percepiscono di essere *il nuovo elemento*, l'estraneo, che si inserisce in storie di vita familiare che non conoscono e che incontrano mentre i parenti stanno vivendo momenti di critica emergenza. Nei confronti dell'anziano/a malato/a dicono di nutrire sentimenti che rievocano quelli provati verso i loro nonni, nelle famiglie di provenienza; in genere definiscono nonnino/a il / la paziente di cui si occupano. La soluzione della convivenza della badante con il malato, scelta prevalente da parte dei familiari, accelera il crearsi di un rapporto con il/la paziente.

Diventare una di casa significa instaurare relazioni asimmetriche di potere, genere e classe, in cui i datori di lavoro, spesso donne, così come le badanti, segmentano il loro ruolo di figlie

di genitori anziani non autosufficienti, assegnando all'assistente familiare incombenze più pesanti e mantenendo per sé attività più dense di connotazioni affettive. La creazione di un nuovo spazio domestico dove interagiscono persone molto diverse per età, abitudini e storie personali rappresenta così la nuova dimensione della cura a domicilio. Uno spazio di cui fanno parte non solo l'anziano accudito, i suoi parenti e la sua badante, ma anche la famiglia di quest'ultima, spesso dislocata altrove.

Due spazi domestici locali vengono messi in relazione, al di là di confini e frontiere, per creare un più ampio spazio domestico transnazionale in cui si intrecciano relazioni affettive e sociali complesse (Balsamo F., 2007). A detta delle badanti che abbiamo incontrato, è come se questo tipo di accoglimento che incrocia la loro urgenza lavorativa permetta una sorta di affiliazione ad una nuova famiglia/nazione, con conseguente meticciamento tra nuova famiglia/cultura e famiglia/cultura di provenienza. Occorre però un processo di negoziazione quotidiana per costruire quella delicata sfera relazionale che si chiama intimità e accettare le contraddizioni insite nell'inserimento di ogni badante, l'estraneità di casa. Attraverso gli strumenti utilizzati, l'esplicitazione delle reciproche aspettative, dei familiari e dei/delle badanti e il conseguente accrescimento di conoscenza realizzato in uno spazio e un tempo a ciò dedicato si sono superate le criticità che erano insorte in alcuni inserimenti e si sono potuti progettare percorsi di cura condivisa a domicilio basati su con migliori premesse.

La condivisione della cura nei reparti è stata indagata durante alcuni incontri opportunamente fissati presso l'Istituto Geriatrico Camillo Golgi di Abbiategrasso, progettando strumenti ad hoc in collaborazione con il Direttore, Direttore Medico, Medici

Responsabili dei reparti Alzheimer sia di lungodegenza, sia di riabilitazione. Si è scelto quindi di utilizzare:

1. una lettera- invito rivolta a coppie di badanti e familiari di ospiti accolti nei reparti per informarli del progetto in atto nella struttura, con l'obiettivo di *meglio comprendere il modo in cui si possono integrare le risorse dei familiari, l'aiuto delle badanti e gli interventi istituzionali per la cura e l'assistenza dei pazienti*. Allo scopo di *raccogliere informazioni e suggerimenti sulla base della propria esperienza* si invitavano quindi i familiari e le badanti disponibili, a fissare un appuntamento in sede, per un colloquio con le due consulenti A.I.M.A. Milano Onlus;
2. un'intervista semi-strutturata svolta separatamente con il familiare e con la badante, con utilizzo di alcune domande, opportunamente adattate, relative ad aree indagate dal Caregiver Burden Inventory e, in aggiunta, domande - stimolo per sollecitare la percezione soggettiva della modalità di accoglimento, coinvolgimento nella cura e soddisfazione nella presa in carico, sperimentati presso l'Istituto Geriatrico Camillo Golgi;
3. due focus group rivolti ad operatori sanitari di differenti professionalità di reparti coinvolti nel progetto: un gruppo omogeneo, costituito da operatori appartenenti ad uno stesso reparto, e un gruppo eterogeneo, con operatori di diversi reparti.

La realizzazione dei colloqui – interviste svolti con familiari e badanti dalle due psicologhe consulenti A.I.M.A. Milano Onlus, presso lo sportello d'ascolto allocato in un ambulatorio ben individuabile sul piano della Direzione Medica dell'Istituto Geriatrico Golgi, ha fatto emergere *la complessificazione della cura nel passaggio del paziente dal domicilio al ricovero in*

struttura. La decisione del ricovero in struttura è stata descritta sia dai familiari, sia dalle badanti, come una scelta maturata congiuntamente, quando la badante era un aiuto già presente per la cura a domicilio; non quindi come squalifica della cura informale domiciliare, ma come riconoscimento comune di complicanze insorte nel paziente tali da rendere necessario il ricovero e la ricerca di cura formale, anche nell'ottica di tutelare il benessere psicofisico del familiare caregiver e della badante. Sulla base dell'esperienza personale acquisita presso l'Istituto Golgi, sia i familiari, sia le badanti ritengono che l'evento del ricovero temporaneo in riabilitazione rappresenti un'occasione di formazione – informazione per tutti gli attori della cura a domicilio (familiare caregiver ma anche altri familiari; badante). L'accoglimento in struttura del paziente viene percepito come rassicurante da parte dei familiari che si trovano ad essere riconfermati come principali interlocutori per la progettazione e realizzazione della cura del loro congiunto; le badanti, invece, si sono sentite poco utilizzate da parte degli operatori dei reparti rispetto alla possibilità di offrire il loro patrimonio di conoscenza del paziente che viene inserito. Per le badanti il passaggio di collocazione del loro assistito dal domicilio in struttura residenziale rappresenta una nuova esperienza: si sentono maggiormente identificate con la famiglia dell'assistito e diversamente *estrane* nel contesto relazionale del reparto. Tale percezione è rinforzata dal diverso modo con cui sono da una parte in relazione di dipendenza dai familiari, loro datori di lavoro, che richiedono tempi di presenza accanto al loro congiunto, e dall'altra in relazione quasi paritetica con gli operatori del reparto, loro *supervisor*, con cui devono concordare il modo di essere *accanto al paziente*, possibilmente risultando anche d'aiuto agli operatori sociosanitari nella realizzazione della cura. Gli attori della cura a domicilio, relativamente all'organizzazione della cura

in reparto, hanno spesso riportato la *sensazione di tempi vuoti*, senza attività specifiche, per i loro malati con potenzialità residue. Soprattutto le badanti, che hanno trascorso quotidianamente molte ore in reparto, hanno riferito di trovare difficoltà nel pensare a come trascorrere il tempo che, a volte, generava la *sensazione di non senso della propria presenza e di noia inevitabilmente traslata sul malato*. In fondo, la casa dell'anziano si era trasformata in un rifugio in cui sentirsi utili, coerentemente con il proprio progetto migratorio, anche se tra mille mansioni ed incombenze; ora il tempo del reparto, meno occupato, favorisce la nostalgia e fa rimpiangere la ricchezza dei rapporti sociali nel paese d'origine. È forse anche per questo che, se si scopre che ci sono altre badanti originarie dello stesso paese o di paesi limitrofi, si sceglie di parlare in madrelingua. Una nota particolare merita ciò che è emerso dai colloqui svolti con familiari e badanti di pazienti che stavano per essere dimessi dal reparto e quindi vicini al loro rientro a domicilio: la riorganizzazione della *cura duale a domicilio* genera sentimenti di preoccupazione e timori; la *gestione triadica nel sistema di cura*, sperimentata attraverso la condivisione tra operatori, familiari e badante, nel momento delle dimissioni, determina la necessità di dover quasi *elaborare una separazione*.

Questa percezione fa riflettere almeno su due aspetti:

1. può testimoniare che familiari e badanti hanno sperimentato aiuto e sostegno nella relazione di cura durante la permanenza in reparto, quasi si siano sentiti *presi in carico* anche loro, pur senza sentirsi espropriati dei loro specifici ruoli;
2. può essere anche letta come una richiesta alla struttura di ipotizzare *dimissioni protette* nella forma di

accompagnamento facilitante la riorganizzazione della cura a domicilio da parte di familiari e badanti, con la garanzia che la struttura può rimanere, sullo sfondo, a distanza, l'altro potenziale interlocutore, ormai conosciuto, nella cura del proprio congiunto/assistito.

Il punto di vista degli operatori sociosanitari è stato raccolto nel corso della realizzazione dei due focus group programmati, in cui i partecipanti sono stati stimolati a discutere sul fenomeno delle badanti presenti in reparto, descritto metaforicamente tra *luci ed ombre* e tra *visibilità ed invisibilità*.

Gli operatori hanno osservato che la presenza della badante in reparto, pagata dal familiare, può rappresentare la tangibile continuità di cura offerta dalla famiglia e attenuare il senso di colpa che inizialmente il ricovero in struttura comporta. Alcuni operatori non segnalano particolari differenze tra la presenza di un familiare o la presenza di una badante accanto ad un paziente, in quanto rappresentano entrambi *occhi diversi* sul reparto, di cui tenere conto. Certo, il familiare è pensato come una *naturale presenza*, la presenza della badante diventa *un evento imprevedibile* e quindi va monitorato con cura ed attenzione.



Gli operatori hanno quindi parlato di *invisibilità e di ombre* quando a loro sembra di osservare che la badante, sperimentando di aver perso il ruolo centrale nella cura del malato, prova ancora ed impropriamente ad esercitarlo, *non seguendo le direttive del reparto*, oppure, quasi con un atteggiamento di sfida, quando, *pur presente, delega in toto la cura agli operatori*. La famiglia del paziente non è in grado, da sola, di porre dei confini ai vari attori della cura in reparto e la situazione che ne consegue risulta confusa e disagiata, appunto, *con ombre*. Da parte degli operatori viene riferito inoltre un certo sentimento di esclusione quando ascoltano badanti straniere che parlano tra loro nella loro lingua madre; si sentono non partecipi del dialogo nel loro reparto.

Gli operatori hanno anche parlato di *visibilità e luci*, quando, informati della presenza della badante, la sentono come una preziosa fonte d'informazione per conoscere la persona malata, per loro *nuovo ospite*. Percepiscono inoltre la badante utilissima – a volte è il reparto stesso che ne chiede l'inserimento ai familiari – nel contenimento di disturbi comportamentali del malato che possono generare confusione nella gestione complessiva del reparto. Gli stessi operatori pensano che, concordati i tempi e i modi, la presenza della badante in reparto possa essere vissuta come garanzia di sicurezza, perché *il malato è in buone mani*.

Conclusioni

Gli interventi progettati e realizzati nei differenti ambiti hanno permesso di rilevare *una continuità nella discontinuità degli interventi nel sistema complesso di cura* per soggetti portatori di patologia Alzheimer ed altri tipi di demenza.

Le interazioni osservate tra gli attori della cura a domicilio con gli operatori dei reparti dell'Istituto Golgi testimoniano che è

possibile *condividere la cura*, se tutti gli interlocutori, soprattutto gli operatori sanitari competenti, provano ad ipotizzare strategie per trasformare le emergenze, *come il fenomeno badanti in reparto*, da rischio in risorsa.

Un inarrestabile processo di ricerca di nuove soluzioni per soddisfare i bisogni di cura ed assistenza prevalentemente espressi dagli anziani, ma non solo, all'interno delle nostre città *globali* ha portato a riconoscere come una risorsa indispensabile la manodopera femminile offerta dalle nuove migrazioni soprattutto dai paesi dell'Est europeo, Moldavia e Ucraina in particolare. Nel settore dei servizi e della cura si scoprono storie invisibili di tante madri migranti intrappolate tra *il mito del ritorno e il dramma della doppia assenza*, in una condizione esistenziale incerta, scisse nella *dislocazione delle relazioni affettive*, là, *nel proprio paese d'origine, con propri figli e nell'accudire, qua, i nonni acquisiti, malati*. Nella *catena globale della cura* il fenomeno badanti tenderà ad essere sempre più esteso per il mantenimento degli equilibri della nostra società: magari non arriveranno più donne sole, con un progetto migratorio di breve-medio periodo, finalizzato all'invio a casa della maggior quantità possibile delle rimesse a favore della famiglia. Il ricongiungimento familiare e la scelta di far venire in Italia il marito e i figli in un percorso di ricomposizione familiare al *femminile* sarà una variabile fondamentale di questo processo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Balsamo F. (2007), *"Anziane e badanti. Spazi domestici tra cultura e intercultura"*, in C. Pontecorvo (a cura), *Tra ordinario straordinario: modernità e vita quotidiana*, Carocci, Roma.
- Erikson E. (1984), *I cicli della vita. Continuità e mutamenti* Armando, Roma.
- Iori R. (2009), *Da badanti ad assistenti familiari. L'evoluzione di una figura professionale nell'esperienza della provincia di Modena*. Carocci, Roma, 2009.
- Scabini E., Donati P. (a cura di) (1987), *Famiglia e salute, Atti de Congresso Internazionale Studi interdisciplinari sulla Famiglia*, Vita e Pensiero, Milano.
- Ursini I. (2001), *"Relazioni familiari alla prova: l'inversione dei ruoli di parentela"*, Connessioni n°8/2001, Rivista del CMTF, Milano.
- Ursini I. (2010), *"Badanti: evoluzione di un ruolo, in I luoghi della cura"*, n°3/2010, Rivista Ufficiale della Società italiana di Gerontologia e Geriatria.
- Weakland J.H., Herr J.J. (1986), *L'anziano e la sua famiglia*, trad.it. by NIS, Roma.

DENTRO E FUORI DAL GRUPPO PSICOLOGICO: supportare per essere supportati

Di C. M. R. Borgonovo

PAROLE CHIAVE

Alzheimer, caregiver, gruppi di sostegno psicologico per familiari, autoefficacia, associazionismo, dimensione culturale della cura, pregiudizi, approccio bio-psico-sociale, empowerment, Chronic Care Model (CCM).

CONTESTO E SERVIZIO

Associazione Felicamente- Alzheimer Brianza. L'Associazione è stata costituita nell'Agosto 2016 e prende vita dalla volontà di alcuni familiari di pazienti affetti da Alzheimer, che hanno aderito al Progetto Acli "Alzheimer: vicini alle famiglie" di acquisire un ruolo sempre più attivo e protagonista nel supporto dei caregiver. La finalità dell'associazione è infatti quella di *"assistere e sostenere i malati di Alzheimer ed i loro familiari divenendone un punto di collegamento e coordinamento, tutelandone i diritti per ottenere una maggiore considerazione da parte*

dell'opinione pubblica, delle istituzioni e di tutte le figure professionalmente coinvolte"

UTENZA E PATOLOGIE

Le attività sono principalmente rivolte ai famigliari di pazienti affetti da Alzheimer e agli stessi pazienti ma hanno come target anche le istituzioni (Comune, ATS, ASST...), le associazioni, i commercianti e la cittadinanza tutta con lo scopo di sensibilizzare sul tema e promuovere la diffusione di *buone pratiche*.

ATTIVITÀ SVOLTA

- Gruppo di sostegno psicologico al caregiver: è stata la prima attività proposta dal Progetto. Il gruppo è attivo da novembre 2013.
- Incontri informativi con lo psicologo e con le altre figure professionali coinvolte (geriatra, neurologo, assistente sociale, nutrizionista), realizzazione di cineforum a tema
- Attivazione di un Cafè Alzheimer con la partecipazione di famigliari e pazienti
- Creazione di una rete e di un Tavolo di lavoro con le istituzioni locali e associazioni
- Realizzazione di un "vademecum dei servizi" per orientare pazienti e famigliari
- Info Point sul territorio a cura dei famigliari durante le principali manifestazioni territoriali

NARRATIVA

Il progetto “Alzheimer: vicini alle famiglie” proposto dal Punto Famiglia Acli di Carate Brianza (MB), attivato nell’ottobre 2013, ha previsto come *attività prioritaria* l’avvio di un gruppo di auto mutuo aiuto rivolto ai famigliari di pazienti affetti da malattia di Alzheimer.

A tal proposito è stato proposto un gruppo di sostegno psicologico condotto da due psicologhe esperte con una proposta di incontri a cadenza quindicinale.

I contenuti trattati all’interno del gruppo hanno riguardano principalmente la comunicazione e la gestione del famigliare affetto da malattia di Alzheimer, l’elaborazione dei propri vissuti personali rispetto alla malattia del famigliare, le dinamiche famigliari coinvolte nel nuovo (e in continuo mutamento, data la degeneratività della malattia) assetamento famigliare. La metodologia utilizzata è stata principalmente quella del gruppo di parola, alternata, in alcune situazioni, alla proposta di stimoli opportunamente pensati rispetto alle esigenze del gruppo.

All’interno del gruppo di sostegno psicologico i famigliari possono sperimentarsi contemporaneamente nel ruolo di “erogatore” e “ricevitore” di aiuto: non si tratta infatti di una mera erogazione di consigli, ai membri si chiede di individuare delle esperienze simili da loro vissute che abbiano

DENTRO E FUORI

DAL GRUPPO PSICOLOGICO: SUPPORTARE PER ESSERE SUPPORTATI

attinenza con il problema. In questo modo ciascuno compie un cammino di introspezione, l'ascolto dell'altro sollecita l'autoriflessione (Longoni, 2002).

Sebbene ogni storia abbia le sue peculiarità, è possibile rintracciare un minimo comune denominatore: l'obiettivo primario che guida il caregiver deve vertere al benessere del familiare e alla promozione di quella *"convivenza sufficientemente felice"* in cui sia preservata la qualità delle relazioni (Vigorelli, 2008; Vigorelli, 2010; Vigorelli, 2015).

Di incontro in incontro però la prospettiva dei familiari si allarga: emerge nei vissuti condivisi la stretta connessione tra la dimensione di benessere psichico dei familiari e il frame culturale in cui si inserisce l'esperienza del caregiving. Le linee guida APA (2004) conferiscono una particolare importanza ai fattori culturali legati all'ambiente psicosociale in cui si è inseriti: questi determinano fortemente la rappresentazione che il familiare ha della malattia di Alzheimer e, di conseguenza, le strategie messe in atto per affrontarla.

Secondo Mc Goldrick et Al. (1996) la tipologia, la forza, l'estensione e la consistenza dei cosiddetti legami di sostegno deve tenere infatti conto anche della componente culturale insita nella modalità con cui la rete di parentela fornisce informazioni e sostegno emotivo e come questo può collegarsi alla diagnosi, alla terapia e alla ricerca

DENTRO E FUORI

DAL GRUPPO PSICOLOGICO: SUPPORTARE PER ESSERE SUPPORTATI

di supporto.

Durante gli incontri i famigliari tematizzano in particolare modo due aspetti pregnanti connessi alla dimensione culturale. Il primo riguarda lo stereotipo e il pregiudizio che accompagnano la malattia di Alzheimer, spesso ancora vissuta come fonte di vergogna per il paziente e la sua famiglia.

Si tratta di un aspetto estremamente critico perché conduce il paziente e la sua famiglia verso un sentimento di negazione e rifiuto che, oltre a non consentire una diagnosi precoce, rischia di incoraggiare l'adozione di comportamenti disfunzionali. La dimensione culturale in sostanza incide sul vissuto della malattia – disease- del paziente ma anche del famigliare. A riguardo Michele Farina (2015), giornalista del "Corriere della Sera" e famigliare, racconta attraverso più storie come la parola Alzheimer costituisca, nell'immaginario comune, ancora un tabù, una patologia sempre più diffusa tra la popolazione eppure ancora nascosta. Il rischio, insomma, è quello che in un momento di estrema delicatezza e bisogno, vada a crearsi un isolamento della rete sociale di supporto.

La seconda determinante culturale rilevata dal gruppo ha invece riguardato il sistema di sostegno per il famigliare e per il paziente stesso. Nello specifico i famigliari hanno riportato un vissuto di totale *spiazzamento* davanti alla diagnosi e una mancanza di accompagnamento ad orientarsi tra

DENTRO E FUORI

DAL GRUPPO PSICOLOGICO: SUPPORTARE PER ESSERE SUPPORTATI

la rete dei servizi a sostegno, il più delle volte sconosciuta.

Il riconoscimento da parte dello psicologo di questa dimensione culturale non solo ha favorito l'istaurarsi di una buona alleanza terapeutica ma è divenuta spunto di attivazione dei famigliari al di fuori del gruppo. Si avvia così un circolo virtuoso tra "dentro" e "fuori" dal gruppo psicologico: si accresce la percezione di autoefficacia che il fami-



gliare vive nello sperimentarsi come soggetto attivo, e non mero fruitore di servizi, nella ricerca di soluzioni in risposta alle situazioni di criticità vissute. Un'autoefficacia che coinvolge anche le dimensioni emotive e psichiche del gruppo psicologico.

Non è un caso che il modello di presa in carico Chronic Care Model (Bodenheimer T., Wagner EH., Grumbach K., 2002) parli di Sanità di Iniziativa dove il paziente e, di

conseguenza, il famigliare divengono protagonisti attivi dei processi assistenziali e dove le organizzazioni sanitarie stabiliscono solidi collegamenti

DENTRO E FUORI

DAL GRUPPO PSICOLOGICO: SUPPORTARE PER ESSERE SUPPORTATI

con le risorse di comunità come gruppi di auto aiuto e associazioni.

Sulla base di queste considerazioni i famigliari, coadiuvati dalle psicologhe ed in concerto con i Servizi Territoriali (ex ASL ora ASST e ATS, Sindacati, Amministrazione Comunale...), hanno realizzato un *“Vademecum dei servizi per il malato di Alzheimer e i suoi famigliari”* che il gruppo dei partecipanti, ha realizzato, allo scopo di *offrire alla cittadinanza uno strumento utile per orientarsi rispetto ai servizi presenti sul territorio per malati e familiari di malati di Alzheimer”* (Gruppo Felicamente Segui L'Onda, 2014).

Nel vademecum i partecipanti hanno scelto di esporsi in prima persona, figurando con fotografie, proprio per riuscire a scalfire l'alone di pregiudizio che porta molti famigliari a nascondere la problematica non ricercando l'aiuto necessario che la malattia comporta. Alle relazioni istituzionali già in corso (Comune, ATS, Associazioni di Volontariato, Centri U.V.A., R.S.A e Centri Diurni Integrati, Parrocchia, Sindacati) si è data maggiore organicità e sistematicità istituendo un tavolo apposito di lavoro, nell'idea che il tessuto sociale possa costituire una determinante importante anche, per esempio, nella diffusione di *“buone pratiche”* tra tutti i cittadini, non solo tra i famigliari direttamente coinvolti (si pensi, ad esempio, al recente diffondersi dei Comuni *“Amici dell'Alzheimer”*).

DENTRO E FUORI

DAL GRUPPO PSICOLOGICO: SUPPORTARE PER ESSERE SUPPORTATI

Anche l'organizzazione degli eventi aperti a tutta la cittadinanza (cineforum, incontri con specialisti ed operatori) ha visto un coinvolgimento sempre più diretto dei famigliari, in un primo tempo facendosi direttamente "testimoni" attraverso il racconto della propria esperienza, ad esempio, organizzando in modo autonomo la struttura degli incontri a partire dalle domande degli stessi caregiver.

Nell'estate 2016 si è giunti alla costituzione dell'Associazione di famigliari "Felicemente Segui L'Onda-Alzheimer Brianza" con l'acquisizione di una sempre maggior autonomia nella gestione della progettazione e raccolta fondi nonché con la costituzione, accanto al "gruppo del martedì", di un vero e proprio Cafè Alzheimer, nelle quali attività coinvolgere direttamente i famigliari affetti da malattia di Alzheimer.

La storia di Felicemente ci rimanda così al fatto che il ruolo dello psicologo a sostegno dei famigliari a sostegno dei caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer non si concretizza semplicemente nella conduzione di gruppi di sostegno o in colloqui individuali ma può agire anche a supporto della dimensione culturale di riferimento, in un'ottica di supporto ed empowerment (Francescato, Tomai, Ghirelli, 2002) del singolo ma anche delle associazioni e dei gruppi. Lo psicologo, attraverso la sua conoscenza delle diverse "culture" di riferimento, può, soprattutto nelle prime fasi di avvio, agevolare la comunicazione e

collaborazione tra gruppi di familiari e sistemi di formali di cura/supporto, favorendone l'integrazione dei servizi e il reciproco scambio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Psychiatric Association (2004), *Psichiatria culturale: un'introduzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bodenheimer T., Wagner EH., Grumbach K. (2002), *Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness*. JAMA. 288(14)1775-9. 10/9/2002.-- Part Two, JAMA 288(15)1909-14. 10/16/2002.
- Farina M. (2015), *Quando Andiamo a casa?*, Bur, Milano.
- Francescato D., Tomai M., Ghirelli G., *Fondamenti di Psicologia di Comunità. Principi, strumenti, ambiti di applicazione*, Carrocci Editore, Roma.
- Gruppo Felicamente Segui L'Onda (2014), *Vademecum dei Servizi*, Carate Brianza
- Longoni G. (2002), *Narrare il dolore e progettare il futuro nei gruppi di auto mutuo aiuto*. In "Promuovere i gruppi di self-help", Tognetti M. (a cura di) (2002), Franco Angeli, Milano.
- McGoldrick M., Pearce J.K., Giordano J. (1996), *Etnicity and Family Therapy*, Guilford, New York. Cit. in American Psychiatric Association (2004), *Psichiatria culturale: un'introduzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

DENTRO E FUORI

DAL GRUPPO PSICOLOGICO: SUPPORTARE PER ESSERE SUPPORTATI

- Vigorelli P. (2008), *Alzheimer senza paura. Manuale di aiuto per i familiari: perché parlare, come parlare*, Rizzoli, Milano.
- Vigorelli P. (2010), *Il Gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari malati di Alzheimer*, FrancoAngeli, Milano.
- Vigorelli P. (2015), *Alzheimer. Come Favorire la comunicazione nella vita quotidiana*, FrancoAngeli, Milano.

PERCORSI DI SENSIBILIZZAZIONE- FORMAZIONE PER GRUPPI "MISTI" DI OPERATORI PSICO-SOCIO-SANITARI E FAMILIARI

**Idee ed azioni per un
miglioramento della Qualità
Relazionale d'accoglimento
dell'anziano e della sua
famiglia**

Di I. Ursini

PAROLE CHIAVE

Informazione; formazione; sistema familiare; malattia come "evento critico"; rete dei servizi per anziani; comunicazione; emozioni; il ricorso alla cura extra-domiciliare come processo relazionale complesso; rivisitazione della Metodologia dell'accoglimento.

CONTESTO E SERVIZIO

Contributo economico per Associazioni di volontariato della Provincia di Milano, Ambito territoriale (2 zone di Milano), Associazione di volontariato AIMA MILANO ONLUS, due C.D.I. presso due RSA di Milano.

UTENZA

Operatori psico-socio-sanitari, Familiari, Anziani portatori di patologia Alzheimer ed altri tipi di decadimento cognitivo.

ATTIVITÀ SVOLTA

Due corsi - ciascuno dei quali ospitato presso una sala riunioni delle due RSA partner del progetto - dal titolo "Il paziente Alzheimer e la sua famiglia tra continuità e discontinuità della cura: dalla cura in famiglia alla cura integrata", destinati ad un'utenza "mista" di operatori psico-socio-sanitari e familiari.

Attività di docenza e conduzione attività di gruppo da parte di due psicologhe, psicoterapeute, consulenti AIMA Milano Onlus, in 5 incontri, a cadenza quindicinale, della durata di 3 ore ciascuno - da ottobre a dicembre - per un totale di 15 ore.

Restituzione alle Direzioni delle due RSA degli

esiti del processo di apprendimento-riflessione e prospettive relative alla metodologia dell'accoglimento.

NARRATIVA

Nell'esperienza di ascolto realizzata dall'AIMA Milano Onlus, tramite la linea telefonica e attraverso colloqui di counselling breve destinato a familiari di pazienti portatori di Malattia di Alzheimer e altri tipi di demenza, era emerso l'evento critico dell'incontro tra familiari e Servizi delegati alla cura degli anziani non autosufficienti.

La famiglia del malato di Alzheimer, patologia che richiede un'assistenza estesa fino a 24 ore su 24, è quella che si trova più frequentemente a rivolgere una richiesta di aiuto ad un membro esterno al sistema familiare con cui condividere il carico assistenziale.

L'aumento del numero dei malati di demenza, correlato al prolungamento della vita da un lato e alla diminuzione della natalità dall'altro, determina quello che viene definito "*effetto sandwich*" della generazione di mezzo, schiacciata tra le esigenze di cura degli anziani ed esigenze di sviluppo delle nuove generazioni. Inoltre i mutamenti socio economici e culturali previsti nei prossimi anni "avranno una grande portata sul sistema delle cure familiari. Infatti mentre attualmente le donne di 50/60

PERCORSI

DI SENSIBILIZZAZIONE - FORMAZIONE PER GRUPPI "MISTI" DI
OPERATORI PSICO-SOCIO-SANITARI

anni, che rappresentano le principali fornitrici del lavoro di cura, hanno una disponibilità oggettiva a prendersi cura dei grandi anziani, nel prossimo futuro i mutamenti in atto nel sistema occupazionale tenderanno ad appannare tale disponibilità.

Questa minore disponibilità si intreccerà sia con un incremento dei grandi anziani e delle condizioni di *lunga non autosufficienza*, sia con i processi di nuclearizzazione e di *fragilizzazione* in atto nelle reti familiari." (Facchini C.,2010). La non autosufficienza del soggetto affetto da patologia Alzheimer può anche essere presa come esempio dell'impegno nella cura che verrà richiesto anche per altri grandi anziani con patologie gravemente invalidanti. Questa situazione determinerà, oltre al ricorso, per l'assistenza a domicilio, ad operatori non professionali quali le badanti, anche un aumento della pressione verso il sistema extrafamiliare della "cura".

La richiesta d'aiuto all'esterno del nucleo familiare innesca spesso dinamiche complesse nel sistema familiare: i familiari sperimentano dolorosamente i limiti delle proprie capacità di cura e fanno fatica a discriminare gli aspetti dell'assistenza e della cura da delegare ad una badante, ad operatori professionali domiciliari o a strutture diurne e residenziali. La situazione relazionale che viene a determinarsi è spesso carica di accordi impliciti e aspettative non realistiche che possono rendere disfunzionale la realizzazione della cura.

PERCORSI

DI SENSIBILIZZAZIONE - FORMAZIONE PER GRUPPI "MISTI" DI
OPERATORI PSICO-SOCIO-SANITARI



La lunga esperienza maturata attraverso la realizzazione di corsi di formazione rivolti a operatori di differenti professionalità e a familiari di anziani portatori di demenza e patologie affini ha fatto emergere la criticità del momento dell'accoglimento dei pazienti nelle differenti forme di strutture delegate alla cura e all'assistenza.

D'altra parte l'evento malattia rappresenta, per qualsiasi persona e per la sua famiglia, una destabilizzazione dal quotidiano sistema di vita e segna l'entrata in relazione con servizi sanitari o socio-assistenziali. In particolare per un soggetto anziano portatore di patologia Alzheimer, l'evento malattia e il ricorso ad altri interventi che non è possibile assolvere nella cura familiare risulta particolarmente disorientante; si osserva quindi

PERCORSI

DI SENSIBILIZZAZIONE - FORMAZIONE PER GRUPPI "MISTI" DI
OPERATORI PSICO-SOCIO-SANITARI

una difficoltà a rendere funzionale la condivisione della cura da parte dei familiari con altri operatori e a garantire un'accoglienza adeguata da parte dei servizi semi-residenziali e residenziali (CDI e RSA).

L'intervento di sensibilizzazione e formazione ha messo a fuoco l'analisi della complessità del momento dell'accoglimento, riconosciuto dalla letteratura sull'argomento come cruciale per la cura del soggetto, valorizzando l'occasione offerta di poter costituire due gruppi d'apprendimento composti da familiari di pazienti accolti presso i due C.D.I in cui lavoravano gli operatori psico-socio-sanitari compresenti nel gruppo classe. Il processo d'apprendimento ha permesso di:

- sensibilizzare i familiari al tema dell'accoglimento, accrescendo la conoscenza degli specifici ruoli nella cura e facilitando una disposizione collaborativa verso la cura condivisa;
- sensibilizzare gli operatori al tema dell'accoglimento, utilizzando una modalità di osservazione ed ascolto diversa dall'*emergenza* della messa in atto delle procedure di cura.

Particolarmente significativo è stato il lavoro svolto in entrambi i gruppi classe sulle *emozioni dei familiari e le emozioni degli operatori* nel momento in cui si realizza l'evento accoglimento, che li vede, a diverso titolo, coinvolti. Ciascun

PERCORSI

DI SENSIBILIZZAZIONE - FORMAZIONE PER GRUPPI "MISTI" DI
OPERATORI PSICO-SOCIO-SANITARI

gruppo classe è stato suddiviso in due sottogruppi, l'uno costituito solo da familiari e l'altro solo da operatori; in seguito a ciascun sottogruppo è stato chiesto di descrivere le emozioni prevalenti in quella circostanza. Al momento della ricomposizione del gruppo classe sono state riportate su una lavagna le emozioni descritte e, con molta sorpresa da parte di entrambi i sottogruppi, è stato osservato quante emozioni risultavano simili. (cfr. all.1, all.2). Superate le preoccupazioni e i sentimenti ambigui, è stata l'occasione per una maggior conoscenza reciproca ed un incremento di fiducia nel senso, soprattutto *da parte dei familiari, di potersi fidare e poter affidare il proprio anziano allo staff del servizio richiesto.*

Al momento della restituzione alle Direzioni delle due RSA partner del progetto, le due psicologhe hanno quindi presentato un'ipotesi di rivisitazione della metodologia d'accoglimento per un miglioramento della qualità relazionale, che qui brevemente si sintetizza:

- individuare un gruppo eterogeneo di operatori (max 8/10 elementi) da sensibilizzare per realizzare visite al domicilio di pazienti con patologia Alzheimer in lista d'attesa. Inoltre è consigliabile operare un lavoro di "supervisione in itinere" del gruppo da parte di uno psicologo, con l'obiettivo di costruire una *griglia flessibile di raccolta di informazioni*

PERCORSI

DI SENSIBILIZZAZIONE - FORMAZIONE PER GRUPPI "MISTI" DI
OPERATORI PSICO-SOCIO-SANITARI

sull'anziano e sulle relazioni familiari - attraverso una semplice strumentazione, che funga da traccia per la presentazione dell'anziano e della situazione familiare agli altri operatori del reparto in cui il soggetto sarà accolto.

- attuare, quindi, una conoscenza dell'anziano e del suo familiare di riferimento, in genere il caregiver, anticipata a domicilio, quando ancora non si è realizzato l'accoglimento in una struttura extrafamiliare – (C.D.I./R.S.A.)- con l'obiettivo di rendere meno doloroso l'allontanamento dall'abitazione che, tipicamente comporta un forte carico emotivo, stimolato dalla rivisitazione della storia dei legami familiari e dal senso attribuito alla cura nella fase finale della vita.

Attraverso questa metodologia, gli operatori dei servizi, mediatori del passaggio generazionale con l'accoglimento dell'anziano malato fino alla fine (Cigoli V., 2012), potranno affinare le loro modalità relazionali per svolgere questo importante e delicato compito.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Casazza S. (a cura di) (2010), *Continuum for care*, FrancoAngeli, Milano.
- Cigoli V. (1992), *Il corpo familiare. L'anziano, la malattia, l'intreccio generazionale*, FrancoAngeli, Milano,.
- Cigoli V. (2006), *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*, FrancoAngeli, Milano,.
- Facchini C. (2010), *"Il sistema familiare nella cura: evoluzione e scenari futuri"*, in S. Casazza (a cura di) *Continuum for care*, FrancoAngeli, Milano.
- Fosti G., Notarnicola E. (a cura di) (2014), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Egea, Milano.
- Galimberti C. (1987), *Malattia dell'anziano: destrutturazione e ristrutturazione delle reti familiari in Famiglia e Salute*, Vita e Pensiero, Milano.
- Ursini I. (2001), *"Relazioni familiari alla prova: l'inversione dei ruoli di parentela"*, in *Connessioni n°8/2001*, CMTF, Milano.

LA FAMIGLIA IN R.S.A. IL CAREGIVER E IL SUO NUOVO RUOLO IN R.S.A.

Di M. Rongo

PAROLE CHIAVE

Caregiver familiare: “Dall’inglese To CARE, inteso come prendersi cura”, nell’accezione più ampia del termine; caregiver è “colui che all’interno di una famiglia offre cura, accudimento, ma anche protezione e affetto, ad un congiunto malato.” (F. Rovetto, 2006). Il caregiver familiare si discosta dal caregiver professionale, quale operatore socio-sanitario, assistente alla persona e altro, poiché non è formato professionalmente.

CONTESTO/SERVIZIO

Il servizio qui presentato si svolge presso la Residenza Integrata Socio-Sanitaria del Comune di Premosello-Chiovenda, Provincia di Verbania. Nello specifico, si fa riferimento al lavoro svolto negli anni all’interno del Nucleo Alzheimer Temporaneo della Struttura, ad opera di personale della Coop. Sociale Xenia, ente che ha l’appalto del servizio psicologico

nella Struttura. In questa tipologia di Servizi, lo psicologo generalmente rappresenta una delle prime figure con cui il caregiver, ma anche tutta la famiglia, si incontra nel percorso di presa in carico dell'anziano. Proprio nel primo incontro tra caregiver familiare e psicologo prende avvio concretamente il percorso di costruzione quotidiana della fiducia reciproca.

UTENZA E PATOLOGIE

L'utenza inserita all'interno del Nucleo Alzheimer della R.I.S.S. di Premosello-Chiovenda è rappresentata da persone affette da patologie neurodegenerative, con importanti manifestazioni comportamentali. È noto quanto i disturbi del comportamento, generalmente associati a patologie quali demenza, siano una delle cause principali di ricovero dell'anziano in R.S.A., poiché causano condizioni di grave stress psicofisico nel caregiver, che si sente in colpa per non essere riuscito a dare risposta adeguata al proprio congiunto malato. Il Nucleo ospita anche un progetto di Residenzialità Breve Alzheimer, ossia ricoveri brevi, circa 15 giorni, di utenti con diagnosi neurodegenerative, con impossibilità di gestione domiciliare a causa delle gravi manifestazioni comportamentali associate alla patologia. La finalità del ricovero breve è il rientro al domicilio, con un miglioramento del quadro comportamentale.

ATTIVITÀ SVOLTA

Durante il primo colloquio con lo psicologo in seguito al ricovero di un nuovo ospite in R.S.A., vengono indagate le aspettative di cura nei confronti del congiunto malato; questo è il primo passo di un lavoro continuo di analisi dell'aspettativa e di creazione di un rapporto di fiducia tra famiglia e équipe di cura. Questo percorso, che inizia con lo svelamento delle aspettative, si pone più obiettivi contemporaneamente:

Identificare il ruolo della famiglia in R.S.A.

significa permettere al caregiver di mantenere un ruolo nella cura dell'anziano ricoverato. Questo obiettivo rappresenta un contenimento del malessere percepito dal caregiver poiché, con l'entrata del paziente in una R.S.A., è dimostrato che egli possa sperimentare sentimenti di impotenza, senso di colpa e, allo stesso tempo, essere più soggetto a deflessione del tono dell'umore. Con il ricovero in Casa di Riposo il caregiver viene sollevato dal carico dell'assistenza diretta; tuttavia egli continua a sperimentare un coinvolgimento in attività collegate al ricovero, quali riunioni con il personale, visite, e quant'altro. Il ruolo che si vuole rendere al caregiver è una partecipazione consapevole al percorso di assistenza tramite la contrattazione dell'obiettivo di cura; troppo spesso la partecipazione viene subita dal caregiver.

LA FAMIGLIA

IN R.S.A. IL CAREGIVER E IL SUO NUOVO RUOLO IN R.S.A.

La cooperazione tra gruppo famiglia e gruppo R.S.A.

la realtà che si viene a configurare con un nuovo ingresso in R.S.A. potrebbe essere paragonata alla presenza di due gruppi fortemente normati: la famiglia, da una parte, la R.S.A., dall'altra. Secondo la teoria dello psicologo sociale Muzafer Sherif (1954), affinché due gruppi cooperino per il soddisfacimento di un obiettivo, è necessario che ci sia una condivisione e consolidamento dell'obiettivo stesso. La dichiarata richiesta di condivisione delle aspettative da parte dello psicologo della R.S.A. e la loro conseguente contrattazione, porta a consolidare e condividere l'obiettivo di cura di uno specifico anziano. Lo psicologo si fa portavoce presso l'équipe dell'aspettativa di cura della famiglia, facendo da ponte tra la famiglia stessa, rappresentata dal caregiver, e la R.S.A., in modo che tutti gli attori coinvolti abbiano chiaro il proprio ruolo. L'assenza quasi totale di reclami e critiche svolte nei confronti del personale da parte dei caregiver rappresenta un indicatore di efficacia della prassi di analisi delle aspettative.



NARRATIVA

Negli anni di lavoro come psicologa all'interno di diverse R.S.A., mi sono resa conto dell'importanza ricoperta da una domanda, che ormai considero fondamentale nel percorso di cura: *"Che cosa vi aspettate da noi?"*. Questa domanda generalmente viene posta al caregiver durante il primo colloquio, mentre vengono raccolti i dati relativi all'ingresso di un nuovo ospite. Può sembrare banale, ma porta colui che si trova a dover rispondere, in questo caso il familiare, ad effettuare alcune operazioni logiche e psicologiche importanti:

- analizzare le priorità e creare una scala gerarchica delle stesse;
- partecipare attivamente (tramite la scelta) all'obiettivo di cura;
- condividere l'obiettivo di cura con l'équipe della Residenza;

Per me e per l'équipe, che in quel momento rappresento, questa domanda permette di svelare aspettative e priorità della famiglia, di contrattare quello che può essere l'obiettivo di cura, di informare la famiglia sulla/e malattia/e ma anche su quello che una RSA può offrire loro, svelando tutto il proprio potenziale; in breve, consente di creare un legame stabile, una base sicura che permetta la costruzione di un rapporto di fiducia tra Struttura e casa.

LA FAMIGLIA

IN R.S.A. IL CAREGIVER E IL SUO NUOVO RUOLO IN R.S.A.

L'idea della prassi di cura qui considerata è proprio la necessità di fondare il rapporto con la famiglia su una base sicura e stabile, evitando la formazione di false attese e aspettative irraggiungibili che andrebbero ad incrinare il rapporto di fiducia necessario.

Quando tra due gruppi, come in questo caso tra famiglia e Struttura, si crea una compatibilità di attese, si viene a creare un clima di cooperazione che porta al soddisfacimento dell'obiettivo condiviso. La nascita di questa prassi prende avvio dalla necessità di condivisione dell'obiettivo con la famiglia affinché il benessere dell'utente sia la prerogativa del gruppo di lavoro allargato. Bisogna avere sempre consapevolezza che dietro un'aspettativa, qualunque essa sia, si potrebbero celare delle "fantasie" che, laddove non vengano demistificate e ricondotte alla realtà, rischiano di vanificare il lavoro svolto:

- pregiudizio RSA come luogo di segregazione e morte;
- scarsa conoscenza di cosa una RSA possa offrire;
- ricovero vissuto come processo di colpevolizzazione della famiglia, che si considera incapace di curare un proprio componente.

Ulteriore aspetto da tenere in considerazione è che l'analisi dell'aspettativa permette l'apertura di un canale comunicativo preferenziale, attraverso il quale si invia un messaggio di interesse da parte dell'équipe nei confronti della famiglia (malato incluso).

Purtroppo spesso non è possibile richiedere direttamente all'anziano ricoverato quali siano le sue aspettative, e svolgere parte della prassi qui spiegata con lui, poiché raramente è in grado di fornire una risposta.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Moderato P., Rovetto F. (a cura di) (2006), *Progetti di intervento psicologico*, McGraw-Hill, Milano.
- Sherif M., Harvey O. J., Jack White B. et al. (1954/1961), *Intergroup Conflict and Cooperation: The Robbers Cave Experiment*, Wesleyan University Press.

GRUPPI DI AUTO-MUTUO AIUTO RIVOLTI AI CAREGIVER DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA: ESPERIENZE A CONFRONTO.

Di E. Rosa

PAROLE CHIAVE

Caregiver, demenza, burn-out assistenziale, stress, gruppi ama, auto mutuo aiuto.

CONTESTO/SERVIZIO

La presenza di un paziente con demenza all'interno di un nucleo familiare altera profondamente la vita di un'intera famiglia. Il paziente, nella maggior parte dei casi, richiede una sorveglianza quasi continua e molto faticosa.

È importante in questi casi che chi accudisce il paziente non dimentichi le proprie personali esigenze, per non diventare frustrato, teso o risentito.

Oltre alla gestione dei disturbi cognitivi e alla perdita delle abilità funzionali, il caregiver deve soprattutto imparare a gestire i disturbi del comportamento, che risultano la maggiore fonte di stress per il familiare.

Molte delle sensazioni provate da chi assiste un paziente demente sono assai simili a quelle provate in occasione di un lutto, perché sempre più evidente diviene il fatto che il paziente non è più lui. Questa situazione si verifica soprattutto nelle fasi della malattia

in cui il paziente non è più in grado di parlare, di capire o di riconoscere chiaramente.

I familiari impegnati ogni giorno nell'assistenza ad un paziente affetto da demenza sono sottoposti quotidianamente ad un'enorme quantità di stress che si accompagna spesso a disturbi depressivi e ansiosi.

Il familiare, infatti deve fare spesso i conti con:

- **il proprio senso di colpa** verso il paziente, per come lo ha trattato in passato, per l'imbarazzo provato di fronte al suo comportamento inadeguato, per aver perso la pazienza con lui o per averlo ricoverato;
- **l'inversione dei ruoli**, in cui figli, una volta dipendenti dai genitori, si trovano ad essere genitori dei propri genitori sperimentando solitudine e difficoltà;
- **sentimenti di ira e aggressività** verso il destino, verso Dio, verso il paziente stesso che a volte sembra quasi farlo "apposta";
- **sensazione di imbarazzo**, per i comportamenti esibiti dal paziente in pubblico, per le cose che dice ai vicini di casa ecc...;
- **problemi legati alla sessualità**, poiché il partner sano può sentirsi in colpa per il fatto di desiderare una attività sessuale o può non essere più in grado di avere un ruolo sessuale attivo.

È quindi molto importante per il caregiver mantenere un equilibrio fisico e psichico, avere la possibilità di dividere equamente compiti e responsabilità in famiglia, farsi aiutare se possibile, e sapersi prendere periodi di necessario svago e riposo.



Molto importante è per i familiari mantenere la propria individualità e continuare a badare a se stessi curando, nel limite del possibile i propri interessi ed inclinazioni. I familiari spesso sperimentano vissuti negativi per la prolungata assistenza, depressione, solitudine, rifiuto della malattia, disagio economico, conflitti e disagi relazionali, ansia, sfiducia nella possibilità di un'evoluzione positiva,

senso di rassegnazione, insicurezza, problemi di dipendenza dell'anziano (forte carico assistenziale per il caregiver), paura della cronicità e paura dell'evento morte.

Il progredire della demenza, inoltre, compromette gravemente le capacità espressive del malato che si trova ad utilizzare canali alternativi che non sempre vengono compresi da chi lo assiste. Ignorare i messaggi che il malato invia al caregiver significa scatenare reazioni comportamentali di difficile gestione che vanno ad aumentare ulteriormente le difficoltà strettamente connesse alla malattia stessa e all'assistenza. Le meta-analisi che hanno indagato all'efficacia degli interventi di carattere psicosociale hanno messo in luce come gli interventi individuali, ovvero rivolti ai problemi specifici di quel paziente e di quel familiare, più che gli interventi di gruppo, siano efficaci nel modulare in senso positivo il "burden" del caregiver (Sorensen et al., 2002; Schulz et al., 2002; Brodaty et al., 2003).

Nonostante lo svantaggio degli interventi di gruppo a sfavore degli interventi individuali esistono rilevanti evidenze scientifiche della loro efficacia nel miglioramento del benessere psicologico e degli aspetti depressivi (Chien et al., 2011).

UTENZA E PATOLOGIE

Caregiver di pazienti affetti da demenza con diverso grado di decadimento cognitivo (demenza con decadimento cognitivo di grado lieve, moderato o severo), appartenenti a realtà assistenziali diversificate (assistiti a domicilio dai propri familiari o con l'aiuto di una badante, in attesa di inserimento in RSA o già inseriti o frequentanti un CDI), e in diverse fasi della malattia dalla comunicazione della diagnosi alla fase finale della vita.

ATTIVITÀ SVOLTA

Ai familiari viene proposto un percorso di gruppo della durata di un mese e mezzo. Il gruppo è formato da un minimo di 8 ad un massimo di 12 partecipanti. La durata prevista per gli incontri è di 1:30 h. per 6 incontri a scadenza settimanale. La conduzione dei gruppi avverrà alla presenza di un facilitatore psicologo che conduce il gruppo offrendo alcuni stimoli iniziali sui seguenti argomenti:

- Gestione non farmacologica dei disturbi del comportamento;
- La relazione del paziente e l'importanza dell'ambiente protettivo;
- La stimolazione cognitiva del paziente a domicilio;
- Le emozioni dell'assistenza al paziente affetto da demenza;
- Il lutto e la perdita;
- La consapevolezza dei propri bisogni come familiare.

All'inizio e alla fine del percorso viene somministrato un assessment multidimensionale per la rilevazione dei livelli di ansia, depressione e carico assistenziale. Alla fine del percorso il gruppo si può incontrare liberamente una volta al mese.

NARRATIVA

Il gruppo di auto-aiuto presenta le seguenti finalità:

- Il sostegno emotivo;
- Il supporto sociale;
- L'informazione e l'educazione reciproca;
- Il potenziamento delle capacità personali per affrontare e risolvere i problemi della vita.

All'interno del percorso viene separata l'acquisizione di processi relazionali nella gestione del paziente da aspetti della cura di sé che permettano al caregiver di ricentrarsi come persona come persona, di dare uno spazio ad una lettura "altra" delle proprie emozioni e di risintonizzarsi sui propri bisogni e desideri.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Brodaty H., Green A. et al. (2003), "Meta-Analysis of Psycho-social Interventions for Caregivers of People with Dementia", *JAGS*, 51: 657-664.
- Schulz R., O' Brien A., Czaja S. et al. (2002), "*Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance*" *Gerontologist*, 42(5), 589-602.
- Yu Chien L., Chu H. et al. (2011), "*Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis*", *Int. J. Geriatr Psychiatry*, 10.1002.

FAMILIARI, VITTIME NASCOSTE.

Il ruolo dello psicologo accanto ai caregiver di persone affette da demenza.

Di E. Rosa

PAROLE CHIAVE

Caregiver, demenza, burn-out assistenziale, stress.

CONTESTO/SERVIZIO

La demenza è una condizione di malattia caratterizzata dalla progressiva perdita delle abilità cognitive con conseguente sempre maggior declino dell'autonomia da parte del malato, fino alla dipendenza completa. Pressoché invariabilmente, sebbene con profonde variazioni interindividuali, il decorso della malattia è caratterizzato da disturbi del comportamento che abbracciano un'ampia gamma di alterazioni del comportamento e della relazione con l'ambiente: apatia, ansia, depressione, "agitazione", irritabilità, aggressività, disinibizione, sintomi psicotici (allucinazioni e deliri), disturbi del ciclo sonno veglia e della condotta alimentare, vagabondaggio, per citare i più frequenti. Fra i tre principali aspetti che caratterizzano il quadro clinico della demenza sono questi ultimi, e non i deficit cognitivo o la disabilità, ad incidere profondamente sulla qualità di vita dei caregiver informali ma anche di quelli formali ad esempio operatori sanitari e assistenti domiciliari (badanti).

Il carico assistenziale del malato è nell'80% circa dei casi appannaggio della famiglia che individua solitamente in un unico caregiver, attraverso dinamiche non ancora completamente chiarite, l'attore primario dell'assistenza ed è convenzionalmente definito caregiver primario. Quest'ultimo svolge una funzione di raccordo e di mediazione tra i servizi e il paziente e costituisce la principale fonte delle informazioni utilizzate dagli operatori sanitari per valutare il decorso della malattia. Il caregiver è inoltre l'attuatore concreto delle indicazioni terapeutiche prescritte e perciò parte integrante dell'equipe di cura. Accanto ai caregiver informali, a causa dei mutamenti che hanno caratterizzato la struttura ed i ruoli familiari, si è diffusa rapidamente nel nostro paese la figura delle assistenti domiciliari, chiamate comunemente "badanti", in prevalenza provenienti dai paesi dell'Est Europeo. Circa un terzo delle badanti assiste a domicilio pazienti affetti da demenza di grado moderato/severo (E. Rosa et al., 2004).

Numerosissimi sono gli studi che si sono occupati di individuare quali possano essere le conseguenze per i familiari di un'assistenza continua al paziente affetto da demenza. Questi studi, con una convergenza che prescinde dal contesto sociale e culturale, identificano nei disturbi del comportamento il principale determinante del livello di stress sia fisico che psicologico- del caregiver; vi contribuiscono anche la personalità del caregiver stesso ed il legame che questi ha stabilito nel corso



della vita con il familiare ammalato. Anche le badanti, inoltre, che sono esposte ad un prolungato contatto con il malato possono manifestano segni stress psicologico e rappresentano una popolazione a rischio di burn-out (E. Rosa et al., 2007). Un buono stato di salute sia fisica che psicologica del caregiver è importantissimo per il mantenimento del paziente nella sua famiglia. È stato infatti dimostrato da numerosi studi che la scelta dell'istituzionalizzazione di una persona affetta da demenza è imputabile alla gravità della sua condizione, ma anche al venir meno della capacità del caregiver di svolgere in misura efficace il proprio compito di cura (Zarit, Zarit, 1982; Zanetti, Binetti, Rozzini, Bianchetti, Trabucchi, 1989).

Da queste brevi considerazioni appare chiaro quanto sia fondamentale da parte dell'equipe formale di cura instaurare una relazione "positiva" con il caregiver (e l'intera famiglia), finalizzata a sostenere il suo ruolo di curante accanto al malato. In realtà, tutt'oggi il caregiver primario rappresenta "la vittima nascosta" nel panorama assistenziale della demenza. Ciò avviene malgrado la riconosciuta centralità di questa figura nel mantenimento del paziente al proprio domicilio e malgrado siano disponibili vari interventi che si sono mostrati efficaci nel migliorarne la qualità di vita. In alcune fasi della malattia, soprattutto quelle di grado moderato-severo, il malato potrebbe non essere più in grado di essere gestito al proprio domicilio nonostante tutti i supporti assistenziali forniti al paziente e al caregiver. In questo caso, l'unica soluzione possibile rimane l'inserimento in una RSA.

Ma in questo caso è ancora importante una relazione con i familiari?

In uno studio eseguito per valutare il livello di benessere dei familiari dopo l'inserimento del malato in struttura è emerso che non solo i livelli di ansia e depressione manifestati dai

cargiver prima dell'inserimento in RSA non si modificano nei mesi successivi all'inserimento ma non solo, se l'utilizzo di antidepressivi rimane costante, aumenta significativamente l'assunzione di ansiolitici. Inoltre, anche la relazione con il paziente non cambia. Spesso le donne gli fanno visita giornalmente e vogliono continuare ad occuparsi del loro caro prestando cure di tipo fisico (Schulz R., 2004).

È noto, inoltre che la relazione tra l'equipe curante e i familiari all'interno di una RSA è considerata molto difficile, portatrice di tensioni e di scarso aiuto per un buon inserimento del paziente. Favorire training specifici di comunicazione rivolti sia alla famiglia che ai membri dello staff assistenziale, sembra migliorare la relazione tra i due, allevia il conflitto con le famiglie e migliora i disturbi comportamentali del paziente (Robinson J. Et al., 2007).

E cosa succede ai familiari che si devono occupare del loro caro nelle fasi terminali della vita?

Occuparsi dell'assistenza al proprio caro nelle fasi terminali della vita è un compito che richiede in media 46 ore alla settimana, molto più impegnativo anche da un punto di vista fisico perché il paziente è completamente dipendente da un punto di vista funzionale. In questa fase i familiari presentano un elevato livello di stress che diminuisce in seguito alla morte del congiunto considerata una liberazione e un sollievo (Schulz R., 2003). Alla luce di questi dati è importante considerare l'importanza di interventi efficaci a sostegno del caregiver dalle fasi iniziali della malattia sino alla fine della vita.

In questo contesto, considerando l'aumento dell'aspettativa di vita, l'epidemiologia dei casi di decadimento cognitivo e di demenza destinati ad aumentare vertiginosamente nel prossimo

decennio e i cambiamenti sociali che la famiglia dovrà affrontare, caratterizzati da una rete familiare sempre più depauperata in termini di risorse interne (famiglie mononucleari con figli assenti da casa per la maggior parte del tempo per motivi lavorativi ed impegni familiari) e caratterizzata da una maggiore complessità (presenza di famiglie allargate e presenza di un numero maggiore di centenari con il rischio di assistere più generazioni es. nipoti con in carico genitori e nonni), il ruolo dello psicologo risulta essere fondamentale nella prevenzione del burn-out assistenziale e come risorsa nella diversificata lettura delle dinamiche che intercorrono tra operatori sanitari, pazienti e famiglia in vari contesti nel percorso di malattia che vede come compagni di viaggio il paziente e i suoi familiari dalla fase delicata della comunicazione della diagnosi alla fase terminale della vita del paziente.

È importante pertanto definire alcune aree di intervento dello psicologo a sostegno dei caregiver con la finalità di migliorare la qualità di vita dei pazienti e della famiglia.

UTENZA E PATOLOGIE

Caregiver di pazienti affetti da demenza

ATTIVITÀ SVOLTA

Il ruolo dello psicologo accanto ai familiari si differenzia soprattutto in base alla fase di malattia ed alle scelte assistenziali necessarie per una sua corretta gestione del paziente affetto da demenza. Lo psicologo può operare in vari contesti: privato,

domiciliare, ospedaliero, RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), CDI (Centri Diurni Integrati), Comunità Residenziali per Anziani con decadimento cognitivo di grado lieve e Hospice. Il suo ruolo è inoltre importante all'interno di èquipe di lavoro più allargate che prevedono la sua collaborazione all'interno di IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) e nelle Università.

NARRATIVA

Lo psicologo accanto al caregiver che opera in vari contesti professionali si trova ad affrontare varie fasi della malattia ed opera utilizzando alcuni strumenti professionali.

Tra le sue attività sono previste:

- **La valutazione dello stress assistenziale** tramite la somministrazione di assessment multidimensionali volti ad indagare alcune aree di fragilità (es. ansia, depressione, burden assistenziale nelle sue componenti oggettiva e soggettiva, qualità di vita etc...). Questo tipo di valutazione può essere effettuata sia con finalità cliniche che di ricerca;
- **Il Colloquio clinico** finalizzato alla conoscenza della storia del caregiving e del suo vissuto soggettivo, alla rilevazione di aree di fragilità, dei bisogni, delle aspettative e delle risorse assistenziali. Si integra solitamente alla rilevazione dello stress assistenziale;
- **Il Colloquio di supporto psicologico** perlopiù finalizzato all'accettazione della malattia, della perdita (elaborazione del cordoglio in vita), alla gestione dello stress assistenziale, alla lettura e all'espressione delle proprie emozioni e sensi di colpa e all'espressione dei propri bisogni come caregiver;
- **La Psicoterapia individuale** laddove sia presente una

sintomatologia associata che richieda un intervento più specifico (es. presenza di ansia con attacchi di panico, disturbo da stress post – traumatico in seguito alla comunicazione della diagnosi o in altre fasi della malattia);

- **Organizzazione di percorsi formativi e seminari** rivolti ai familiari con la finalità di migliorare la conoscenza della malattia e la sua gestione;
- **Il Colloquio di orientamento ai servizi** finalizzato ad una corretta lettura dei propri bisogni e di quelli del paziente all'interno delle risorse familiari e della rete assistenziale territoriale esistente;
- Organizzazione e conduzione di gruppi di auto-mutuo aiuto con la finalità di condividere esperienze e di supporto emotivo;
- **Colloqui psicoeducativi** ed esperienze di affiancamento di caregiver formali (badanti) nella gestione del paziente in particolare nella gestione della relazione in presenza di disturbi del comportamento;
- **Affiancare il caregiver e sostenere la sua motivazione** nel percorso di modificazione dell'ambiente domiciliare;
- **Colloqui di sostegno e supporto al fine vita (ambito cure palliative area geriatrica e neurologica)**, finalizzati alle scelte di fine vita (passaggio all'alimentazione enterale tramite sondino naso gastrico o posizionamento della PEG in caso di peggioramento della disfagia).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Robinson J., Curry L. et al. (2007), "Partners in Caregiving in a Special Care Environment: Cooperative Communication Between Staff and Families on Dementia Units", *The gerontologist*, 47, 504-515.

Rosa E., Ambrogio, M. Binetti G., Zanetti O. (2004), "Immigrant paid caregivers" and primary caregivers' burden", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1103-1104.

Rosa E., Lussignoli F., Sabbatini F. et al. (2007), "The immigrant paid caregivers' role in the care of patients with severe dementia", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, DOI, 10.1002.

Schulz R., Belle S.H., Czaja S.J. et al. (2004), "Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being", *JAMA*, 25; 297(8), 961-967.

Schulz R., Mendelsohn A.B. et al. (2003), "End-of-Life Care and the Effects of Bereavement on Family Caregivers of Persons with Dementia", *The New England Journal of Medicine*, 349,1 936-1942.

LA FORMAZIONE CON OPERATORI CHE LAVORANO IN AMBITO GERIATRICO.

Un'esperienza con i volontari AUSER: il valore di una telefonata sociale.

Di A. Mirarchi

PAROLE CHIAVE

Formazione di base e in servizio, Sistema, Competenza Relazionale, Comunicazione, Organizzazione, Rete.

CONTESTO/SERVIZIO

Associazioni e cooperative di volontariato per anziani sul territorio; Telefonia sociale; Servizi di sostegno/ cura/riabilitazione in strutture pubbliche e private o a domicilio.



UTENZA E PATOLOGIE

Volontari; Operatori socio-sanitari.

ATTIVITÀ SVOLTA

Formazione di base e in servizio: Organizzazione, Monitoraggio, Supervisione, Verifica dei risultati, Mappatura dei Servizi territoriali, Integrazione in Rete.

NARRATIVA

L'Attenzione ad un Sistema di relazioni e organizzazione complesso è fondamentale nella Relazione d' Aiuto in cui sono implicati operatori socio-sanitari e volontari nei servizi alla persona anziana; la risposta alla domanda di aiuto o cura deve essere pianificata a partire dall'analisi di molte domande: "Chi è l'utente? Cosa domanda? Come? Dove? Perché? A chi?" e in cui la Relazione con l'utente è considerata centrale, e la Competenza relazionale e organizzativa dell'operatore è pensata come risorsa primaria in tutto il processo d'aiuto.

Una formazione che offra l'acquisizione di strumenti psicologici è importante perché aiutare non è facile: aiutare, con risorse spesso limitate, persone disabili, malate, fragili e sofferenti, comporta fatiche e difficoltà, limiti e dubbi che talvolta fanno sentire chi aiuta inadeguato, maldestro, impotente. Chi aiuta ha bisogno di essere aiutato sia a svolgere la propria attività nel migliore dei modi possibili, conservando motivazione ed entusiasmo e trovando sempre nuovi significati, risorse e conoscenze, sia a non "bruciarsi" o recar danno a sé e agli altri.

Il percorso formativo di base e in servizio va dunque centrato sul significato della Relazione d’Aiuto e sulle dinamiche emotive, affettive, organizzative, psicologiche, che in essa sono contenuti. La Relazione è il luogo in cui l’utente può esprimere al meglio la propria domanda di aiuto e l’operatore può meglio comprenderla e conservarla (“formandosi” a propria volta, in un processo circolare, restituivo di senso e significati). È fondamentale, analizzando la domanda (d’aiuto o di formazione), considerare che il Contesto in cui si inserisce l’attività dell’operatore è un Sistema di Relazioni complesso costituito da diversi soggetti in relazione fra loro, in cui è importante l’interazione, la circolarità, l’organizzazione, il grado di accordo psicosociale, la Rete.

Le qualità e gli strumenti che definiscono la competenza relazionale e contribuiscono a restituire autostima, piacere, affettività e speranza all’utente e a rinforzare il senso della sua esistenza sono un lungo elenco che comprende le Capacità: di ascolto di sé e dell’altro, di osservazione e comprensione, di creare un clima di fiducia, di adattamento, di identificazione, di comunicare e infondere fiducia, positività, solarità e affabilità, di attivare, di trasmettere energia e preziosità della persona (per motivarla e stimolare una reazione costruttiva), di rimandare un senso di unicità ed esclusività, di tollerare sentimenti di impotenza e dubbio, di chiedere aiuto per elaborare le sensazioni di inadeguatezza e di frustrazione a persone in grado di dare ascolto, consigli e sostegno, di tollerare le sensazioni di ansia o inadeguatezza ed incertezza, di vedere l’altro in quanto persona e non bisogno o malattia, di amare; Capacità pratiche e tecniche (che consentano di gestire al meglio diverse situazioni, di progettare, informare, amministrare, coordinare, collaborare ai fini dei risultati attesi); Esperienza; Fiducia in se stessi e nelle possibilità dell’utente; Serenità nella relazione (lo

stato di benessere dell'operatore incide sull'utente), Intelligenza, Forza Emotiva, Tolleranza, Affidabilità, Discrezione, Sensibilità, Partecipazione visibile, Autenticità, Serietà, Umanità, Impegno, Motivazione, Generosità, Disponibilità, Passione, Desiderio di capire, Pazienza, Dolcezza, Obiettività, Onestà, Congruenza, Delicatezza, Riservatezza, Buona educazione, Inter-esse, Tranquillità, Rispetto, Apertura, Spontaneità, Simpatia, Umorismo, Predisposizione all'aiuto, Creatività, Fantasia, Umorismo, Gioco (Elementi di stimolo e di novità per "inventare" e ri-animare la relazione); Consapevolezza dei propri limiti; Disponibilità ad imparare; Umiltà, (caratteristica essenziale in ogni processo di crescita individuale e relazionale, che implica il desiderio di apprendere dagli altri, dall'esperienza, significa porsi domande, rappresenta la possibilità di scoprire l'Altro, il diverso, il vecchio, il malato, se stessi, liberi da pregiudizi o ovvietà); Piacere nell'attività.

Un esempio di Formazione a partire da queste premesse, è ben rappresentato dall'esperienza formativa del progetto a sostegno dell'evoluzione della telefonia sociale di Auser Regionale Lombardia, Regione Lombardia, ASL territoriali: *"Il valore del filo d'Argento- Progetto formativo a sostegno della telefonia sociale di Auser regionale"*, (2013-2015) che ha visto operare un comitato scientifico, una cabina di regia per la formazione ai formatori (per concordare e uniformare i contenuti e la metodologia formativa su tutto il territorio e acquisire conoscenze e strumenti di lavoro), e la formazione ai volontari Auser del territorio lombardo. La telefonia sociale aiuta a fornire risposta ai bisogni delle persone anziane e, *"mantenendone l'identità e l'autostima, a prolungarne il più possibile la permanenza nel proprio domicilio in condizioni di sufficiente autonomia personale, nonché a prevenire forme di isolamento e solitudine"*.

Le domande delle persone fragili a cui la telefonia sociale deve cercare risposta riguardano diverse tipologie d'attività di sostegno pratico ed emotivo tra cui: accompagnamento a fare la spesa, ai servizi sanitari, aiuto per disbrigo pratiche, compagnia telefonica o domicilio o per uscire, consegna a domicilio della spesa o del pasto o di farmaci, piccoli aiuti in ambito domestico, sostegno per ricovero/dimissione, servizio c/o strutture, Altro (informazioni, raccordi con la Rete...). I volontari coinvolti sono stati 519, in tutti i 14 Comprensori Auser in Lombardia, attraverso 29 corsi di formazione. Ciascun corso, di 28 ore complessive di formazione suddivise in 7 incontri di gruppo di 4 ore ciascuno, ha visto un'articolazione tematica comune a tutti i corsi: Formazione tecnica iniziale (4 ore: "Gli aspetti tecnici-organizzativi del Filo a partire dalla Carta dei valori di Auser"), Formazione di accompagnamento (16 ore: "Il valore del filo: le ragioni, il senso del mio agire, le necessità", "L'ascolto attivo e l'essere in relazione con gli altri", "I nuovi temi del Filo: gioco d'azzardo e truffe, maltrattamenti e violenze; Telefonia in uscita", "La mappa del tuo territorio intorno al Filo"), Formazione tecnica finale (4 ore: "Verifica tecnica-organizzativa del funzionamento del Filo"), Manutenzione del gruppo e verifica finale (4 ore, a distanza di qualche mese).

Nella formazione di accompagnamento si è lavorato su competenza comunicativa, relazionale e temi specifici previsti, attraverso l'offerta di sapere e strumenti da parte dei formatori, il confronto tra i partecipanti (scambi di esperienze e conoscenze), ed esercitazioni e laboratori di gruppo. I temi del gioco d'azzardo, truffe, maltrattamenti e violenze, telefonia in uscita sono stati affrontati con docenti ed esperti in materia e con responsabili e referenti delle ASL e dei servizi territoriali che hanno non solo formato e informato sulle specifiche tematiche ma anche

indicato modalità e strumenti di lavoro per specifiche iniziative e stabilito accordi ed intese di collaborazione territoriali per il futuro. Molte iniziative sono state promosse e collegate all'attività formativa (convegni, iniziative teatrali, seminari, progetti mirati finanziati e sviluppati con una vasta rete di soggetti). Il progetto formativo ha offerto ai volontari possibilità di apprendimento continuo, nuove conoscenze, strumenti di verifica/confronto/trasformazione e ha rivitalizzato in essi la motivazione e il ritrovamento di sensazioni di autostima/stima, valore del proprio operato, riconoscimento e appartenenza; ha facilitato il cambiamento e la coesione di gruppo e il reclutamento di nuovi volontari; ha favorito il reperimento di strumenti teorici e pratici di lavoro/organizzazione/efficienza/sviluppo che gli hanno consentito di costituire nuove reti di collaborazione o di rafforzare i collegamenti con le reti di aiuto territoriali (ASL, Auser, Comuni, Uffici di Piano, Reti anti violenza, Case protette, Sportelli di ascolto e aiuto, Forze dell'ordine, Prefettura, Ospedali cittadini, Associazioni e cooperative), nell'ottica di una sensibilizzazione sugli aspetti di fragilità degli anziani e di restituzione ad essi di proposte più integrate; ha permesso di consolidare ed estendere il numero verde gratuito 800995988 (24 ore al giorno per 365 giorni l'anno in tutta la regione), di qualificare i punti di ascolto sia tramite la telefonia in Entrata (presa in carico delle telefonate, monitoraggio delle risposte, ampliamento delle possibilità di risposta a bisogni e problematiche particolari quali violenza, dipendenza da gioco, truffe e raggiri), sia attraverso la telefonia in Uscita (volta a migliorare la presa in carico, la valutazione individuale e le risposte, a mappare le fragilità per valutare lo stato di benessere delle persone e l'integrazione con i servizi, a dare continuità al rapporto con le persone monitorate); ha contribuito a implementare banche dati della domanda e dell'offerta.

Tutto il percorso si è dimostrato un ottimo contributo nella promozione del valore del volontariato e della solidarietà per i cittadini anziani (utenti e volontari), in quanto attività capace di restituire sicurezza e benessere ai cittadini, di costruire coesione sociale, di offrire una dimostrazione chiara, concreta e sentita, di ciò che si intende per apprendimento continuo, invecchiamento attivo, valore della persona anche nelle sue fragilità. Che questi termini possono essere pratica, e non solo desiderio o teoria, lo possiamo leggere nelle parole di un partecipante al percorso formativo: *“Sono convinto che il senso della vita sta nel nostro incontro con l’altro. La vera libertà nasce nel rendere comune lo spazio che ci è dato di vivere. Fare il volontario per me significa farsi conoscere e conoscere. Ci si aiuta... aiutando”*.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bassanini C., Donati E., *Programmazione attività formative nei territori: contenuti formativi e pianificazione organizzativa In: Il valore del Filo- Progetto formativo a sostegno dell’evoluzione della telefonia sociale*, Auser Regionale Lombardia, 10 settembre 2014 *“Il valore della Telefonia Sociale- La formazione a supporto della telefonia sociale”* a cura di Clara Bassanini e Elisabetta Donati in collaborazione con il Gruppo formazione: Gisella Bassanini, Mauro Ferrari, Antonia Mirarchi, Luciana Monzi, Simona Piazza. In: *“Il valore della telefonia sociale”*, Auser Regionale Lombardia, Maggio 2015
- Beckerman A.G., Tappen R.M., *Anziani assisterli amarli: guida pratica per operatori e familiari*, Ecomind, 2003
- Camdessus B., con contributi di M. Bonjean e R. Spector, *I nostri genitori invecchiano. Le crisi familiari della quarta età*,

- Raffaello Cortina, 1991
- Cannella B., Cavaglià P., Tartaglia F., *“L’infermiere e il suo paziente. Il contributo del modello psicoanalitico alla comprensione della relazione d’aiuto”*. Torino: Il Segnalibro 1994
 - Cigoli V., *Il corpo familiare: l’anziano, la malattia, l’intreccio generazionale*, F. Angeli, 1992
 - Dell’Orto F., Tacconi P., *Conoscere la vecchiaia: manuale per operatori sociali, educativi e sanitari NIS*, 1990
 - Donati E., *“Giovani – Anziani verso nuovi rapporti intergenerazionali”*; Formazione Auser Lombardia, Milano, 26 maggio 2014
 - Hewstone M., Stroebe W., Codol J.P., Stephenson G.M. a cura di. *Introduzione alla psicologia sociale*. Il Mulino (1993).
 - Sclavi M., *“Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte”*, 2003 Bruno Mondadori
 - Scocco P., De Leo D., Pavan L. (a cura di), *Manuale di psicoterapia dell’anziano*, Bollati Boringhieri, 2001
 - Zani B., Palmonari A. (a cura di), *“Manuale di psicologia di comunità”* Bologna, Il Mulino 1996

LA SESSUALITÀ NELL'INVECCHIAMENTO

GUIDO EDOARDO D'ANIELLO, CLAUDIA RUBIS, SARA NARGIS LIGUORI,
GIANLUCA CASTELNUOVO

“Ma la cosa peggiore, o forse la migliore, di tutte è che non si termina mai. Non c'è mai un momento in cui puoi dire: ho lavorato bene e domani è domenica. Non appena ti fermi, è ora di ricominciare. Non si può mai scrivere la parola fine.”
(Pablo Picasso)

PAROLE CHIAVE

Invecchiamento, sessualità e affettività, desiderio sessuale, bisogni affettivi primari, benessere psicofisico, pregiudizio, stereotipo, vita di coppia, autostima, percezione del Sé, invecchiamento patologico.



CONTESTO/SERVIZIO

Servizi di psicologia pubblici e privati; Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA); Istituti di Cura e servizi di assistenza a domicilio.

UTENZA E PATOLOGIE

Persone over 60, istituzionalizzate o residenti a domicilio, sane o affette da demenza, considerate non solo in quanto soggetti anziani, ma anche come portatori di differenti bisogni, che comprendono anche quelli legati alla sfera della sessualità.

ATTIVITÀ SVOLTA

Le attività principali che vedono coinvolto lo psicologo in questo ambito sono:

- **Ascolto attivo** dei bisogni e dei desideri dell'anziano.
- **Riconoscimento e legittimazione** del desiderio sessuale, indipendentemente dalla fase di vita in cui si trova la persona.
- **Approfondimento** di tematiche legate ai cambiamenti corporei tipici dell'invecchiamento.
- **Studio e analisi** dell'influenza che le disfunzioni sessuali possono avere sulla sfera emotiva e psicologica della persona.
- **Supporto** alla coppia durante questa fase della vita, con l'obiettivo di facilitare la comunicazione tra i partner riguardo al tema dell'affettività.

NARRATIVA

Con l'aumentare della speranza di vita diventa sempre più legittimo interrogarsi su come aumentare il benessere fisico e psicologico negli anziani. Al giorno d'oggi, in un'ottica di promozione della qualità della vita dell'anziano, la società si sta organizzando per offrire alle persone l'opportunità di ottimizzare il processo di invecchiamento e di trarre il maggior numero possibile di benefici da quest'ultima fase della vita (De Beni & Borella, 2015). Sono diversi gli aspetti che bisogna prendere in considerazione quando si parla di benessere psicofisico relativo alla popolazione che invecchia: uno di questi riguarda la sfera sessuale.

La sessualità è ancora oggi un costrutto di difficile definizione, poiché il termine fa riferimento non solo all'atto sessuale fine a se stesso o alla procreazione, ma anche alla soddisfazione di bisogni affettivi primari tipici dell'essere umano, che contribuiscono a creare l'identità soggettiva della persona (Dominguez & Barbagallo, 2016). Il modo in cui vengono vissute la sessualità e l'affettività pone le basi per la costruzione e la trasformazione delle modalità relazionali assunte dall'individuo durante l'intero corso della vita. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, avvicinandosi all'età anziana si assiste ad un graduale abbandono del rapporto sessuale vero e proprio a favore di manifestazioni di affetto che, pur non eliminando del tutto la fisicità, consentono di vivere l'intimità in modo più contenuto; questi comportamenti possono comprendere carezze, coccole, baci e abbracci, tutti esempi di modalità che vengono privilegiate per avvicinarsi al partner e mantenere viva l'intimità di coppia.

Un pensiero innovativo riguardo al processo di invecchiamento generale è quello esposto da Craig (1982), studioso della psicologia dello sviluppo, il quale sostiene che il concetto di declino fisico e psichico non sia strettamente e inevitabilmente collegato alla vecchiaia, come è facile pensare. Infatti, è opinione assai diffusa che nell'ultima fase della vita si contino più le perdite che le conquiste, dal momento che il decadimento delle capacità psicofisiche risulta molto più evidente rispetto al possibile mantenimento e allo sviluppo di capacità e risorse residue. Queste credenze sono radicate nella convinzione che l'invecchiamento sia qualcosa da temere e negare, un'età che si distingue per l'inevitabile "*continuo declino fisico e cognitivo*" (Nelson, 2005). È necessario, invece, prendere consapevolezza del fatto che questa fase della vita non è caratterizzata solamente da perdite e da decadimento fisico e cognitivo e che i bisogni affettivi primari permangono durante l'anzianità: anche i bisogni di amore, di compagnia e di intimità fisica, dunque, non diminuiscono con l'età.

Questo modo di intendere l'invecchiamento soltanto come una condizione in cui la persona si trova in balia di eventi negativi che minano la sua salute fisica e mentale ha alimentato negli anni la diffusione di stereotipi legati all'anziano e, di conseguenza, al suo modo di vivere la sessualità; se è vero che uno stereotipo nasce sempre da una realtà oggettivamente osservata, è altrettanto vero che lo stesso stereotipo consolida tale realtà, schematizzandola e sclerotizzandola (Mengheri & Liperini, 2009). Questi pregiudizi e queste false credenze, che fanno parte del panorama culturale della società moderna, spesso condizionano anche i familiari dell'anziano e le figure professionali che si occupano di lui, portandoli a sottovalutare l'importanza dell'argomento. La conseguenza del fare affidamento su questi

stereotipi è resa evidente dalle reazioni tipicamente mostrate dai caregivers quando si affronta questo tema; generalmente essi mostrano paura, vergogna, imbarazzo, sensazione di disagio e atteggiamenti di avversione.

Considerando gli stereotipi più comuni, è possibile citare i seguenti:

- L'anziano è essenzialmente "asessuato", cioè non è più in grado di provare desiderio e piacere sessuale.
- L'anziano coinvolto nell'atto sessuale è considerato nell'immaginario comune ridicolo, vergognoso, disdicevole, se non addirittura volgare e disgustoso.
- Il decadimento fisico e cognitivo, comune in questa fascia d'età, impedisce l'attività sessuale.
- Predomina la tendenza a "infantilizzare" l'anziano, nella misura in cui la soddisfazione dei suoi bisogni dipende dagli altri ed è, per questo motivo, paragonabile alla necessità di accudimento di un bambino.

Le persone anziane, a loro volta, diventano vittime degli stereotipi sulla sessualità, interiorizzando atteggiamenti sociali negativi e finendo per etichettare se stesse come non aventi il diritto di mostrare interesse nei confronti della sessualità, effetto che può addirittura amplificarsi negli istituti di ricovero (Aveni Casucci, 1992). Il rischio maggiore che può nascere da questa convinzione è quello di sviluppare problemi di insicurezza e di autostima, conseguenti all'auto-svalutazione che l'anziano compie rispetto alla propria persona, privandosi così dell'opportunità di sperimentare la sessualità in questa fase della vita e i vissuti emotivi positivi che ne potrebbero derivare (Dominguez & Barbagallo, 2016).

Le ricerche condotte fino ad oggi hanno dimostrato che non esiste un limite massimo di età per l'attività erotica; infatti, in ogni fase della vita, la soddisfazione sessuale correla con una valutazione positiva della relazione di coppia e con il benessere psicologico della persona e, allo stesso tempo, contribuisce a sviluppare una concezione del Sé più integrata (Zanni et al., 2003). La presenza di un desiderio sessuale in età avanzata aiuta a incrementare il livello di autostima e a migliorare la percezione di Sé da parte dell'anziano; è dunque indice di capacità di resilienza più marcate che sostengono la persona nel far fronte ad eventi stressanti, oltre che della presenza di una più ampia rete sociale e di un maggiore investimento nel portare avanti interessi ed attività durante la vita quotidiana (Hajjar & Kamel, 2003).

Di contro, la scarsa presenza di relazioni intime può portare l'anziano ad isolarsi e a sviluppare una sintomatologia depressiva, ad avere una percezione di Sé e delle proprie capacità più negativa e a contrarre più facilmente disturbi psicofisici (De Beni & Borella, 2015). Anche laddove diminuisce la frequenza di rapporti sessuali completi, l'intimità e, di conseguenza, il benessere di coppia può essere mantenuto in modo altrettanto efficace tramite il contatto fisico; quest'ultimo assume quindi un carattere di gratificazione pari a quello dell'attività sessuale, soprattutto in una fase della vita come quella anziana, in cui i protagonisti sono persone particolarmente fragili e bisognose di cure e affetto. Conservare una relazione affettuosa e intima con il proprio partner, dunque, infonde sicurezza e conforto, contrasta il senso di solitudine, allevia il dolore fisico e quello morale (Umidi et al., 2007).

Alla luce delle considerazioni sopra riportate, ci possiamo interrogare sul ruolo che lo psicologo può assolvere in questo

ambito. La premessa iniziale è che, dato l'atteggiamento di reticenza che ancora oggi permane attorno a questi temi, non possiamo dare per scontato che l'anziano si rivolga spontaneamente ai servizi di psicologia per trattare delle difficoltà legate alla sua vita sessuale, anche - e soprattutto - quando queste causano un profondo disagio. È quindi necessario che lo psicologo si metta realmente in gioco, adottando modalità di intervento nuove ed efficaci con lo scopo di coinvolgere questo particolare tipo di utenza; si tratta, dunque, di riconoscere e legittimare l'anziano come portatore di bisogni e di desideri legati alla sessualità, troppo spesso trascurati.

Avvenuto il primo contatto, è necessario creare un clima di fiducia, uno spazio neutro e non giudicante che faciliti la discussione su temi così delicati; ciò che la persona comunica implicitamente è un bisogno di ascolto rispetto a sentimenti e desideri che, per quanto umani, vengono solitamente ignorati, negati o, addirittura, che finiscono per creare senso di colpa e imbarazzo nell'anziano che li prova.

È consigliabile, quindi, privilegiare forme di colloquio meno strutturate, in cui lasciare che sia l'anziano stesso a indirizzare la conversazione e a scegliere quali pensieri condividere; questo modo di avvicinarsi e comunicare con l'Altro permette di dare importanza alle sue priorità e di fornirgli il tempo necessario per sentirsi a suo agio all'interno della relazione terapeutica.

A questo punto sarà possibile affrontare diversi contenuti legati all'attività sessuale e che per l'anziano rappresentano fonti di disagio, imbarazzo o frustrazione: alcune persone saranno più interessate a discutere di difficoltà che riguardano più strettamente l'atto sessuale fisico (ad esempio le disfunzioni sessuali), altre, invece, sentiranno il bisogno di approfondire tematiche più legate alle proprie relazioni affettive (quali, ad

esempio, la gestione della vita sessuale nella coppia, in caso di vedovanza o di divorzio).

Abbiamo osservato come la sessualità nell'anziano rappresenti un argomento tabù all'interno della società moderna: per questo motivo esistono ancora diversi interrogativi sul tema che inevitabilmente influiscono anche sul modo in cui ci si prende cura dell'anziano. All'interno di questo capitolo abbiamo approfondito alcune delle problematiche relative all'attività sessuale e all'immagine di Sé che possono minare il benessere della persona che mostra un invecchiamento fisiologico. Tuttavia, come ben sappiamo, il processo di invecchiamento può essere anche patologico, condizione che si presenta quando la persona anziana va incontro non solo ad un declino di tipo fisico, ma anche ad un deterioramento cognitivo che può essere più o meno grave; il termine *"patologico"* fa riferimento a condizioni di particolare criticità e malattia per le quali, però, non possiamo dare per scontata l'assenza di desiderio sessuale. Vale, dunque, la pena di interrogarsi anche su come la sessualità venga vissuta da individui anziani affetti da demenza. Infatti, anche in questa tipologia di pazienti permane la necessità di intrattenere relazioni intime, sebbene questo bisogno possa essere espresso attraverso modalità differenti, e a volte insolite, rispetto agli individui sani: alcuni atteggiamenti assunti da persone affette da demenza possono essere letti come comportamenti sessuali inappropriati, ma molto spesso essi rappresentano un canale privilegiato di comunicazione attraverso il quale riescono ad esprimere i propri bisogni primari di affetto. A questo punto sorgono spontanee alcune domande, per esempio, quale sia il modo più appropriato di gestire le manifestazioni sessuali mostrate da questi pazienti, fino a che punto e in quali modalità appoggiarle e sostenerle o, al contrario, quando considerarle inopportune e intervenire per

fermarle. La questione è ancora oggi molto delicata e troppo spesso lo staff dei servizi di cura e di ricovero per anziani si trova impreparato a gestire situazioni di questo genere; è utile e opportuno, a questo riguardo, formare ed educare il personale che lavora in questi ambienti, affinché sia in grado di rispondere in maniera adeguata alle esigenze e alle problematiche dei pazienti.

In conclusione, il presente contributo intende mettere in evidenza l'importanza del ruolo dello psicologo nel promuovere e incoraggiare la vita affettiva dell'anziano nella forma più consona alle sue possibilità e ai suoi desideri, indipendentemente dalle sue condizioni fisiche o mentali; proprio la riscoperta o la continuazione di un rapporto affettivo sereno e intenso può rappresentare infatti un punto di forza per il raggiungimento del benessere fisico ed emotivo, tale da consentire di trascorrere in modo soddisfacente e gratificante l'ultimo periodo della vita.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aveni Casucci M.A. (1992), *Psicogerontologia e ciclo di vita*, Mursia, Milano
- Bauer M., McAuliffe L., Nay R. (2007), "Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature", *International Journal of Older People Nursing* 2, pp. 63-68.
- Craig G.J. (1982), *Lo sviluppo umano*, tr. it. Il Mulino, Bologna.
- De Beni R., Borella E. (2015), *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*, Il Mulino, Bologna.
- Dominguez L.J., Barbagallo M. (2016), *Ageing and sexuality*. *European Geriatric Medicine*, 7 pp. 512-518.
- Hajjar R., Kamel H. (2003), "Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression", *Journal of the American Medical Directors Association*, 4, pp. 152–156.
- Mengheri M., Liperini G. (2009), *Stereotipi, pregiudizi e mobbing nella terza età e l'affettività come promozione della salute*.
- Nelson T.D. (2005), "Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self", *Journal of Social Issues*, 61, 2, pp. 207-221.
- Umidi S., Pini M., Ferretti M., Annoni G. et al. (2007), *Affectivity and sexuality in the elderly: often neglected aspects*, *Arch. Gerontol. Suppl.* 1, pp. 413-417, 2007.
- Zanni G.R., Wick J.Y., Walker B.L. (2003), "Sexual Health and the elderly", *The Consultant Pharmacist*, 18, pp. 310- 322.

PSICOLOGIA DELL'ANZIANO E TECNOLOGIA: IL PROGETTO MINDFUL AGEING

Di F. Vailati Riboni

PAROLE CHIAVE

Active ageing: processo che mira ad incrementare la qualità della vita delle persone anziane, basato sia sulla prevenzione che sulla promozione del benessere.

Mindfulness: approccio psicologico basato su due componenti principali: attenzione e consapevolezza. Può essere inteso come una modalità particolare di prestare attenzione al momento presente e determina numerosi benefici a livello psicologico, fisico e sociale.

Gerontechnologia: tecnologia impiegata per soddisfare le esigenze della popolazione anziana, sia sana che patologica.

CONTESTO/SERVIZIO

La tecnologia volta a soddisfare le esigenze della popolazione anziana è etichettata come "Gerontechnology". La gerontechnologia si focalizza sulla vita quotidiana degli anziani, intesi

PSICOLOGIA

DELL'ANZIANO E TECNOLOGIA: IL PROGETTO MINDFUL AGEING

come fascia di popolazione complessiva, dunque senza una sola focalizzazione sulle condizioni patologiche di questa fascia di età. Include dunque tutti quegli aspetti legati alla cura della casa, alla mobilità personale, ai trasporti, alle comunicazioni, all'apprendimento, il tutto dal punto di vista di una relazione di questi aspetti con l'innovazione tecnologica. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) e le tecnologie assistive (AT) rappresentano le principali tecnologie utilizzate all'interno di questo framework. Le AT includono strumenti tecnologici designati per differenti scopi: per mantenere e prolungare l'indipendenza degli anziani, per stimolarne la velocità mentale, per creare delle reti atte a permettere loro il mantenimento di rapporti con l'esterno, per ridurre la sensazione di isolamento e per aumentare il welfare e il senso di sicurezza. Gli strumenti dell'ICT includono invece strumenti quali email, Internet, gruppi di supporto telefonico, tecnologia vocale, webcam, telefonate e conferenze tramite video.



UTENZA E PATOLOGIE

L'invecchiamento è accompagnato da una serie di cambiamenti fisici, biologici e psicologici che potrebbero ridurre significativamente le capacità globali dell'anziano. Per questo motivo il processo di invecchiamento costituisce la variabile che gioca il ruolo maggiore nell'insorgenza di malattie neurodegenerative, dal momento che non solo rende gli individui maggiormente vulnerabili ad esse, ma danneggia anche le capacità di autoriparazione dei soggetti.

Il decadimento cognitivo emerge ad oggi come una delle più grandi minacce alla salute degli individui: considerato che l'aspettativa di vita della popolazione è aumentata, si può affermare che sia incrementata anche la percentuale di soggetti affetti da decadimento cognitivo e demenza, prevalentemente nella forma di Alzheimer.

I servizi offerti si estendono dunque a tutta la popolazione anziana che sperimenta un decadimento di alcune funzioni cognitive o soffre di specifiche malattie neurodegenerative. La componente discriminante rimane l'obiettiva capacità di utilizzare devices tecnologici da parte dell'utenza.

ATTIVITÀ SVOLTA

Il progetto di Mindful ageing si pone l'obiettivo di:

- aumentare l'apertura mentale e la flessibilità cognitiva nell'anziano tramite una App per smartphone e tablet.
- Sviluppare un'applicazione per promuovere apertura mentale e flessibilità cognitiva significa occuparsi di due elementi fondamentali per il benessere psicofisico dell'anziano.
- Il primo rischio per l'anziano è quello di etichettarsi come "vecchio".
- Il progetto prevede così lo sviluppo di una piattaforma accessibile da smartphone e tablet che incrementi la "mindfulness" di una persona anziana.
- La piattaforma include gli elementi principali per l'insegnamento dei concetti della mindfulness, promuovendo così apertura mentale, flessibilità cognitiva, consapevolezza e curiosità.

L'applicazione conterrà brevi video e testi esplicativi che trasmetteranno i concetti fondamentali, con un linguaggio semplice e ricco di esempi. Inoltre, l'applicazione fornirà esercizi cognitivi e sociali che permetteranno di applicare i contenuti, facilitando il processo educativo. I giochi saranno cognitivamente stimolanti e adatti

alla popolazione, che quindi potrà essere messa nella condizione di apprendere sfruttando le dimensioni emotive generate dall'engagement ludico.

Sviluppare un'applicazione che contenga un intervento per promuovere la mindfulness negli anziani implica:

- creare un'applicazione per smartphone e tablet con un percorso interattivo di promozione della mindfulness;
- testare l'efficacia del percorso nella promozione del benessere psicofisico.

L'impatto potenziale del progetto è elevato. Gli esistenti percorsi basati sulla mindfulness, di comprovata efficacia, sono poco scalabili e richiedono un forte investimento temporale.

Questa nuova applicazione potrebbe essere facilmente distribuita nella popolazione, contribuendo alla promozione del benessere nella popolazione anziana. Il progetto ha ricevuto un primo finanziamento dall'Università Cattolica, che ha permesso di effettuare il design e la progettazione dell'App. La possibilità di ricevere un contributo contenuto potrebbe permettere di rendere l'applicazione sviluppata ulteriormente funzionale e interattiva.

NARRATIVA

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un enorme conquista della scienza medica, ma presenta ulteriori sfide che devono essere raccolte, anche e soprattutto da un punto di vista psicologico. Per un giovane psicologo, avvicinarsi a questo campo mediante l'impiego congiunto della psicologia e della tecnologia può essere una grande opportunità. In questo settore sono innumerevoli le possibilità, serve dunque una certa inventiva e una grande volontà nel ricercare soluzioni alternative. Elaborare sistemi informatici o App in grado di fornire un aiuto valido alla persona che invecchia significa identificare un problema reale e lavorare in modo creativo ad una soluzione che possa fare la differenza nella vita delle persone anziane.

Il progetto Mindful Ageing rappresenta un esempio di come la tecnologia possa incontrare la domanda psicologica. Si tende a credere che la popolazione anziana non sia predisposta all'utilizzo di device mobili o altre forme di tecnologia. Nell'introduzione delle innovazioni tecnologiche utili alla popolazione anziana, devono così essere necessariamente superati alcuni stereotipi largamente diffusi, primi fra tutti la mancanza di capacità dei potenziali utenti nel gestire dispositivi complessi e la loro riluttanza nell'accettare tutte le forme di tecnologia. Le opinioni relative alla tecnologia e al suo impiego

sono mutate nel corso degli anni. Sempre più anziani fanno ricorso a dispositivi come smartphone o tablet quando questi riescono a soddisfare le loro esigenze e aspettative, appare dunque evidente l'importanza di individuare quali siano queste esigenze e aspettative.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bercovitz K., Pagnini F. (2015), *"Mindfulness as an Opportunity to Narrow the Grey Digital Divide"*, in D. Villani, P. Cipresso, A. Gaggioli (a cura di), *Integrating Technology in Positive Psychology Practice*, IGI Global, Hershey, PA.
- Bouma, H., Fozard J., Van Bronswijk J. (2009), *"Gerontechnology as a field of endeavour"*, *Gerontechnology*, 8(2), pp. 68-75.
- Donker T. et al. (2013), *"Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review"*, *Journal of medical Internet research*, 15(11).
- Kvedar J., Coye M.J., Everertt, W. (2014), *"Connected Health: A Review Of Technologies And Strategies To Improve Patient Care With Telemedicine And Telehealth"*, *Health Affairs*, 33(2), pp. 194-199.
- Preschl B. et al. (2011), *"E-health interventions for depression, anxiety disorder, dementia, and other disorders in older adults: A review"*, *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 4(3), p. 371-385.

PSICOLOGIA

DELL'ANZIANO E TECNOLOGIA: IL PROGETTO MINDFUL AGEING

- Rechel B. et al. (2013), *"Ageing in the European Union"*, *The Lancet*, 381(9874), pp. 1312-1322.
- Rogers W.A., Fisk A.D. (2010), *"Toward a psychological science of advanced technology design for older adults"*, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 65(6), p.p. 645-53.
- Stewart L. (2014), *"Gerontology: will you still need me, will you still feed me?"*, *Nature*, 514(7522), pp. S14S15.
- World Health Organization (2011), *Global health and ageing*.
- Zelinski E.M., Reyes R. (2009), *"Cognitive benefits of computer games for older adults"*, *Gerontechnology: International Journal on the fundamental aspects of technology to serve the ageing society*, 8(4), p. 220.

DOMOTICA PER L'ANZIANO CON DEFICIT COGNITIVO

Di D. Regina

PAROLE CHIAVE

Domotica; Gerontotecnologia; Aal Joint Programme; TIC (Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione); Hope (Smart Home For Elderly People); Burden.

CONTESTO E SERVIZIO

Hope è un progetto di *gerontotecnologia* finanziato dalla Comunità europea, all'interno di un più ampio programma l'AALJ (Art.185) che ha coinvolto 23 Paesi. Lo scopo dell'AALJ è quello di incrementare la ricerca sull'invecchiamento della popolazione e lo sviluppo di TIC per favorire una maggiore autonomia dell'anziano, ridurre i costi sanitari e dare nuove opportunità alle industrie. In Italia l'Associazione Italiana "Ambient Assisted Living" include istituzioni pubbliche (Università, CNR...), partnership privata e istituzioni di governo. Lo scopo primario è quello di erogare servizi destinati all'anziano fragile, ai luoghi e agli strumenti che caratterizzano la sua vita quotidiana, dunque concentrarsi sul domicilio

e su una rete sociale di supporto, sfruttando le potenzialità del territorio e sostenendo le TIC.

L'Housing sociale è caratterizzata proprio dalla Smart Home con sensori e impianti di intelligenza artificiale, dai server (messaggi, database..) e dai Servizi che permettono un collegamento con amici, medico di base, ospedale, servizi d'acquisto. Le tecnologie vengono utilizzate per incrementare la relazionalità dell'anziano con parenti e amici, promuovendo gli acquisti e-commerce, facilitando il trasporto e occupandosi del suo tempo libero, in particolare considerandogli aspetti mnesici, il gioco e la cultura; inoltre possono essere utili oltre che sul piano tecnico ed edilizio anche per un collegamento maggiore con la realtà sanitaria e socio-assistenziale tramite punti di ascolto, sistemi di monitoraggio e assistenza a distanza di anziani e caregivers.

UTENZA E PATOLOGIA

Il progetto HOPE è rivolto ad anziani malati d'Alzheimer che sono caratterizzati da disorientamento temporo - spaziale, deficit mnesici, in alcuni casi deficit motori e importanti difficoltà nelle attività di gestione della vita quotidiana. Il sistema HOPE permetterebbe di prolungare la loro permanenza a domicilio, riducendo la loro istituzionalizzazione.

ATTIVITÀ SVOLTA

Le caratteristiche principali di una domotica assistenziale sono:

- Armonia domestica, grazie alla tecnologia wireless si crea un sistema capace di gestire più impianti domestici,
- Semplicità di utilizzo, l'interfaccia del sistema di domotica assistenziale ha un'interfaccia chiara adatta anche a chi non ha pratica con la tecnologia, permette di affiancare l'anziano nella creazione di una serie di azioni, programmando anche giornate tipo,
- Personalizzazione ad hoc, l'importante è non stravolgere le abitudini quotidiane dell'anziano ma piuttosto avvicinarsi alla sua realtà, integrando il sistema domotico con i dispositivi già in uso,
- Sicurezza attiva, il sistema dispone di dispositivi antincendio, rilevatori di apertura e, in caso di anomalie, viene inviato un avviso tramite mail o sms, in modo da tenere sempre informati i familiari sulla condizione di salute del proprio caro.

Le tecnologie impiegate nel sistema HOPE sono:

- RFID (Identificazione a Radio Frequenza): lettori di informazioni incluse in etichette elettroniche a lunga distanza;
- Sistemi per la raccolta delle immagini: video-

- camere con sistemi integrati che permettono di selezionare dati e confrontare le immagini;
- Sensori che fungono da raccolta dati (temperatura, umidità);
 - Intelligenza artificiale: software per la valutazione automatizzata di eventi/condizioni ambientali.

In Italia ci sono due installazioni di questo tipo, rispettivamente situate in una casa privata e in una residenza geriatrica in Puglia. Altre realtà si trovano in Spagna e in Grecia.

Si è visto da studi di valutazione del sistema che gli utenti si sentono più sicuri e apprezzano in particolar modo il sistema di videochiamate.



Un'applicazione in Lombardia è la MyCmon, con sede a Como (Easycloud.it), Varese (Weblink) e Milano (Sistema Casa); il progetto prevede un sistema di monitoraggio domotico per anziani e disabili, collegato ad un sistema di controllo Cloud che aiuta gli anziani a vivere soli e in sicurezza, dal momento che l'impiego di

Tablet, Smartphone e PC permette un costante monitoraggio da parte dei propri cari o delle strutture.

Le componenti del sistema sono tre:

- Centrale Domotica e sensori domestici
- Sistema di aggregazione e gestione dati nel Cloud
- Interfacce di accesso remoto (web + App) per il controllo e l'attivazione di comandi.

La centrale comprende tutti i dispositivi che verranno installati a casa, mirati a controllare vari parametri dell'anziano che vive solo.

Altri dovranno essere aggiunti in un secondo momento, come i sensori di caduta o di monitoraggio della pressione.

La centrale, disponendo dell'accesso alla rete, è il cuore del sistema: monitora e prende decisioni sulla base di ciò che registra, inviando allarmi, disponendo di accesso alla rete.

Il sistema di gestione dati nel Cloud permette l'accessibilità alle informazioni ovunque e in qualsiasi momento, ma permette anche operazioni di calcolo, di storage e di rete.

Le operazioni che si effettuano, infatti, sono di rilevazione e di calcolo delle statistiche nel tempo di ciascuna variabile e di segnalazione di anomalie; in questo modo viene confrontato lo stato desiderato e quello reale.

Infine, attraverso l'accesso a Internet, i familiari

possono monitorare la situazione del proprio caro a distanza, tramite un'applicazione installata sul cellulare che consente l'accesso alle informazioni registrate in casa e permette di operare comandi. In Italia, nonostante la partecipazione del MIUR al programma AALJ e nonostante le singole iniziative di alcune regioni come la Puglia, le Marche, l'Emilia Romagna, le attività sono frammentate; occorre un coordinamento che permetta di avere gli strumenti necessari sia dal punto di vista politico che scientifico per affrontare queste problematiche.

Le regioni che per ora hanno creato nuclei operativi attraverso Distretti, Aggregazioni, Consorzi per realizzare un programma comune a riguardo sono la Puglia, le Marche, il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia, la Calabria e la Provincia autonoma di Trento. Attraverso la partecipazione di singole imprese invece la Toscana, l'Emilia, il Veneto, il Piemonte e il Lazio.

Le aspettative a riguardo sono alte ma in Italia il sistema ha bisogno di maggiori evidenze scientifiche che approfondiscano le implicazioni cliniche, legali, economiche.

NARRATIVA

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un enorme conquista della scienza medica, ma presenta ulteriori sfide che devono essere

DOMOTICA

PER L'ANZIANO CON DEFICIT COGNITIVO

raccolte, anche e soprattutto da un punto di vista psicologico. Per un giovane psicologo, avvicinarsi a questo campo mediante l'impiego congiunto della psicologia e della tecnologia può essere una grande opportunità. In questo settore sono innumerevoli le possibilità, serve dunque una certa inventiva e una grande volontà nel ricercare soluzioni alternative. Elaborare sistemi informatici o App in grado di fornire un aiuto valido alla persona che invecchia significa identificare un problema reale e lavorare in modo creativo ad una soluzione che possa fare la differenza nella vita delle persone anziane. Il progetto Mindful Ageing rappresenta un esempio di come la tecnologia possa incontrare la domanda psicologica. Si tende a credere che la popolazione anziana non sia predisposta all'utilizzo di device mobili o altre forme di tecnologia. Nell'introduzione delle innovazioni tecnologiche utili alla popolazione anziana, devono così essere necessariamente superati alcuni stereotipi largamente diffusi, primi fra tutti la mancanza di capacità dei potenziali utenti nel gestire dispositivi complessi e la loro riluttanza nell'accettare tutte le forme di tecnologia. Le opinioni relative alla tecnologia e al suo impiego sono mutate nel corso degli anni. Sempre più anziani fanno ricorso a dispositivi come smartphone o tablet quando questi riescono a soddisfare le loro esigenze e aspettative, appare dunque evidente l'importanza di individuare quali siano queste esigenze e aspettative.

Questo tipo di progetti ha due obiettivi principali:

- migliorare la qualità di vita e della salute dell'anziano;
- garantire il supporto sociale e sanitario, mirando ad offrire all'anziano una maggiore autonomia e fiducia in sé stesso, rendendolo più sicuro, prevenendo l'isolamento sociale e facilitando la comunicazione attraverso l'utilizzo di sistemi tecnologici innovativi (TIC).

Inoltre si propone di dare maggiore supporto ai caregivers, riducendo lo stress legato alle attività di assistenza. La necessità di sviluppare questo tipo di interventi diventa chiara alla luce dell'incremento della popolazione anziana e soprattutto di quella affetta da deficit cognitivi che costringe i familiari ad un'istituzionalizzazione precoce del loro caro a causa di una difficile gestione a domicilio con conseguente burden. Risvolti importanti si evidenziano sia a livello sociale, sia a livello industriale, sia dei mercati europei.

Lo psicologo, così come il familiare, può osservare l'anziano nel suo ambiente ma, disponendo di maggiori strumenti, può rilevare precocemente anomalie del comportamento, può seguire l'andamento della malattia dal punto di vista cognitivo, funzionale e timico, progettando programmi di riattivazione mirati e personalizzati, più facilmente accettabili da parte dell'anziano e, di conseguenza, più proficui.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Martin S., Kelly G., Kernowahan W.G. et al. (2008), *"Smart home technologies for health and social care support (Review)"*, The Cochrane Collaboration, 4, pp. 1-11.
- Siciliano P. *"Active and Healthy Ageing"*. *La Domotica assistive e le opportunità di integrazione per l'industria delle costruzioni*. Associazione Italiana "Ambient Assisted Living" AitAAL e Istituto per la Microelettrica e Microsistemi CNR-IMM, Lecce
- www.easycloud.it
- www.aal-europe.eu

L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO SULLA MOBILITÀ DELL'ANZIANO NEL SISTEMA-TRAFFICO

Di D. Villa

PAROLE CHIAVE

psicologia del traffico: ambito della psicologia che si occupa di interventi di prevenzione, sicurezza, mobilità sostenibile ed ergonomia, di terapia e riabilitazione di persone coinvolte negli incidenti stradali.

sistema-traffico: ambiente in cui interagiscono in modo articolato elementi fisici (infrastrutture e mezzi di trasporto) e sociali (utenti fruitori della strada).

valutazione psicologica dell'idoneità alla guida: valutazione che consente di stabilire se un individuo è ancora in possesso dei requisiti psichici minimi necessari alla guida. Tale valutazione è commissionata allo psicologo dalla Commissione Medica Locale del capoluogo di provincia.

potenziamento cognitivo delle abilità di guida: attività che consentono di attivare le risorse cognitive utili alla guida.

CONTESTO/SERVIZIO

Strutture pubbliche e private; circoli per anziani; tutte le aziende che si occupano di circolazione stradale (trasporti, infrastrutture, ecc.); autoscuole; strutture che svolgono attività di ricerca.

UTENZA E PATOLOGIE

Popolazione over 65 anni, sia con invecchiamento fisiologico che patologico; le prestazioni di guida tendono a subire un declino con l'avanzare dell'età (Casutt et al., 2014). In particolare, nell'ambito fisiologico si verifica un deterioramento dei processi regolatori dell'organismo e del sistema cardiocircolatorio, riduzione della forza muscolare e della mobilità degli arti e affaticamento più rapido; nell'ambito sensoriale si attua una riduzione delle funzioni visive, uditive e della velocità di elaborazione delle informazioni; nell'ambito delle funzioni psicofisiche e psichiche si osserva un orientamento visivo più lento, riduzione nella capacità di reazione e difficoltà nel prendere decisioni rapidamente. Altri fattori rilevanti che incidono sulle abilità di guida sono le malattie, come la demenza, gravi disturbi del sonno, l'abuso di alcol e l'assunzione di alcuni farmaci (Dorfer, 2004).

ATTIVITÀ E INTERVENTI

OBIETTIVI:

- organizzazione di incontri di formazione con persone anziane autonome, per aumentare la loro consapevolezza sulle proprie abilità e capacità residue e per promuovere la sicurezza stradale;
- accertamento dei requisiti utili alla guida attraverso la valutazione psicologica di idoneità, quando viene richiesta allo psicologo da parte della Commissione Medica Locale;
- utilizzo di specifici programmi di potenziamento/riabilitazione mirati all'accrescimento/ripristino delle abilità psico-fisiche per

il conseguimento delle abilità di guida, finalizzati a favorire l'autonomia delle persone anziane;

- intervento dello psicologo nella progettazione e modifica delle infrastrutture stradali e dei veicoli, per adattare il sistema-traffico ai bisogni degli utenti più fragili.

CONTENUTI:

Sensibilizzazione delle persone anziane sui rischi e pericoli della strada e sui cambiamenti delle infrastrutture rispetto al passato, incrementando la consapevolezza dei cambiamenti legati all'età, agli effetti che possono produrre nelle modalità con cui gli anziani si muovono nell'ambiente e incentivando l'utilizzo di strategie compensative;

Lo psicologo utilizza strumenti e procedure psicologiche specifiche per poter valutare funzioni cognitive e psicomotorie (percezione, tempi di reazione, attenzione, memoria visiva, coordinazione senso-motoria, vigilanza, stima della velocità e dei movimenti) e caratteristiche di personalità (responsabilità sociale, tendenza al rischio, stabilità psichica, ricerca di sensazioni forti, presenza di interazioni aggressive nella circolazione stradale), che siano rilevanti per l'analisi delle capacità di guida, ovvero verificando la capacità del test di trattare il quesito oggetto di indagine e fornendo risultati significativi, per poter rispondere in maniera esaustiva ai quesiti posti dalla Commissione Medica Locale (Dorfer, 2004). Il Vienna Test System di Schuhfried, per esempio, è una batteria di test computerizzati progettati per la valutazione delle abilità di guida con taratura italiana, che può essere integrato ad altri test di tipo neuropsicologico; lo psicologo quindi può valutare il soggetto anziano tramite una batteria standard di base (DRIVESTA, DRIVEPLS di Schuhfried) e può poi somministrare



single scale per eventuali approfondimenti; oltre a programmi di tipo terapeutico e ad eventuali prove su strada, di notevole importanza risultano i software di simulazione di guida, che consentono di creare un ambiente di guida realistico, permettendo ai soggetti di acquisire esperienza della vita reale (Casutt et al., 2014) e di essere “addestrati” a determinati eventi. Un simulatore che si prefigga l’obiettivo di mutare gli atteggiamenti delle persone deve essere costruito su alcuni aspetti, come il confronto fra azioni non-verosimili e verosimili e il rapporto con un tipo di pericolo o di azzardo specifico (Breda, 2009). I simulatori di guida si basano su programmi computerizzati, accompagnati da appositi strumenti, che consentono di creare differenti scenari del traffico e che possono essere programmati in base all’obiettivo che ci si prefigge. Durante la simulazione, i soggetti sono seduti su sedili simili a quelli delle automobili, di fronte ad uno schermo che proietta le immagini, in postazioni dotate di volante, pedali e cambio. L’uso di un simulatore competente, con versioni adeguate per gli anziani, risulta efficace, in quanto favorisce il potenziamento delle abilità di percezione del rischio. Inoltre

il simulatore può essere programmato in base alle capacità motorie del soggetto sottoposto al potenziamento. Ancora da sperimentare risultano invece i training cognitivi (carta e matita) rivolti a persone anziane, che potrebbero essere utilizzati per riattivare le risorse cognitive connesse alla guida;

Lo psicologo opera attraverso l'osservazione dei comportamenti di guida e l'analisi della viabilità; attua interventi relativi alla sicurezza attiva e passiva del veicolo; partecipa alla predisposizione di strade sicure e alla progettazione di segnaletica efficace, in collaborazione interdisciplinare con esperti del traffico (Ciceri, Confalonieri & Lombardi, 2013).

NARRATIVA

La guida è un'attività "routinaria", caratterizzata da un insieme di operazioni eseguite in modo semi-automatico che, se da un lato permettono di velocizzare l'azione, dall'altro causano una sopravvalutazione delle proprie capacità psico-motorie e la sottostima della pericolosità del contesto stradale, esponendo quindi le persone al pericolo, anche mortale (Ciceri, Confalonieri & Lombardi, 2013). Le persone anziane sono le più colpite da infortuni stradali; in particolare alcune ricerche hanno dimostrato che per questa fascia di popolazione gli incroci stradali sono i tratti di strada più rischiosi da affrontare (Clarke et al., 2009).

Nei prossimi anni, si potrà osservare nei paesi industrializzati, un incremento nella percentuale di conducenti anziani alla guida di vetture (Dorfer, 2004), poiché grazie al miglioramento delle condizioni sanitarie e sociali, lo stile di vita delle persone anziane sta diventando più dinamico. Sarebbe però un errore

attribuire tutte le cause degli incidenti stradali alle capacità degli anziani, poiché secondo le statistiche essi non provocano più incidenti dei giovani. Nella circolazione stradale, gli anziani sono attualmente a rischio, soprattutto come pedoni e ciclisti, non solo a causa del possibile rallentamento psicofisico, ma anche per via dei cambiamenti delle strade rispetto al passato, quando l'ambiente in cui le persone anziane sono cresciute era prevalentemente agricolo e dove tutto era a "misura d'uomo": oggi, invece, i protagonisti delle strade sono i veicoli e non più il pedone (Breda, 2009). È importante che venga mantenuta la partecipazione delle persone anziane alla circolazione stradale ad un livello di sicurezza accettabile, poiché la perdita della mobilità, comporta anche una grave mancanza di autonomia; di conseguenza la società deve prendersi cura dell'anziano che non può più lasciare la propria casa, e i costi dei servizi sociali a domicilio sono molto elevati. L'ambiente deve quindi essere adattato da un punto di vista psicologico, in modo che le persone anziane, anche quando affette da disturbi cognitivi, siano messe nelle condizioni di muoversi fuori casa (Dorfer, 2004). Alcuni studi hanno dimostrato che i conducenti anziani tendono ad autoregolarsi in situazioni di guida specifiche, evitando delle circostanze difficili (ad esempio guidare su autostrade molto trafficate, in ora di punta, quando piove), ma non tutti i soggetti riconoscono le proprie difficoltà e non adottano quindi un comportamento auto-regolato. Gli interventi formativi sul comportamento alla guida condotti dallo psicologo potrebbero essere dei mezzi efficaci per insegnare le competenze necessarie, per riconoscere i limiti funzionali e promuovere l'autoregolazione (Stalvey & Owsley, 2000).

A causa delle ridotte capacità psicofisiche delle persone anziane, può emergere la necessità di una valutazione delle capacità di

guida, soprattutto in presenza di alcune patologie: lo psicologo diventa a questo proposito un importante consulente per le Commissioni Mediche Locali, poiché è in grado di condurre una valutazione psicologica mirata e completa per indagare l'idoneità alla guida. La presenza di fattori di rischio come il deterioramento cognitivo, il rallentamento psicomotorio, le sanzioni per guida pericolosa o per problemi di ebbrezza, consentono di individuare i soggetti anziani che necessitano di una valutazione psicologica di idoneità alla guida; più grave è il deficit cognitivo e più è probabile che la persona risulti non idonea alla guida (De Bortoli et al., 2012).

Le persone anziane devono essere sensibilizzate, ove possibile, alle difficoltà che possono riscontrare nel rapporto con le infrastrutture odierne ed educate all'utilizzo di mezzi compensativi all'automobile (per esempio, la rete dei mezzi pubblici), attraverso il supporto della Polizia locale, delle Amministrazioni comunali e delle aziende di trasporti. Gli interventi diretti e indiretti volti a promuovere una partecipazione sicura alla circolazione stradale devono essere sviluppati in collaborazione con gli psicologi (Dorfer, 2004).

La comprensione del comportamento degli utenti anziani sulla strada deve prevedere l'utilizzo di metodologie adeguate: osservazione, descrizione e registrazione del comportamento, analisi e valutazione di atteggiamenti, individuazione di differenze individuali nel comportamento di guida. La collaborazione interdisciplinare con legislatori, ingegneri, periti analisti ricostruttori e medici permette agli psicologi di predisporre strumenti utili a ridurre gli incidenti, a proteggere l'ambiente e ad aumentare il comfort nella mobilità delle persone anziane.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Breda R. (2009), *Cause e rimedi degli incidenti stradali. Il contributo alla sicurezza stradale del perito analista-ricostruttore*, My-Print, Clusone.
- Casutt G. et al. (2014), *"The drive-wise project: driving simulator training increases real driving performance in healthy older drivers"*, *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, pp. 1-14.
- Ciceri M.R., Confalonieri F., Lombardi D. (2013), *Ti guida la testa. Teoria e training di psicologia del traffico*, Essebì Italia, Milano.
- Clarke et al. (2009), *"Older drivers' road traffic crashes in the UK"*, *Accident Analysis and Prevention*, 42, pp. 1018-1024.
- De Bortoli V. et al. (2012), *"Anziani e idoneità alla guida. Il contributo della collaborazione tra medici certificatori-psicologi"*, Retrieved October, 25, 2017, from brainfactor.it/psicologi-e-guida-protocollo-neuropsicologico-regione-veneto.pdf
- Dorfer M. (2004), *Psicologia del traffico. Analisi e trattamento del comportamento alla guida*, McGraw-Hill Education, Milano.
- Stalvey B.T., Owsley, C. (2000), *"Self-Perceptions and Current Practices of High-Risk Older Drivers: Implications for Driver Safety Interventions"*, *Journal of Health Psychology*, 5, pp. 441-456.

NICOLA BERRUTI
psicologo

Master di secondo livello in "Psicogeriatrica. Prospettiva clinica e comunitaria" Università Cattolica di Brescia.

Lavora presso la Fondazione Brescia Solidale Onlus di Brescia.

info@nicolaberruti.it

CHIARA MARIA REGINA BORGONOVO
psicologa, psicoterapeuta ad indirizzo transculturale

Conduce gruppi di sostegno psicologico per i familiari di persone affette da Alzheimer per la Fondazione Residenza Amica di Gussano (MB). Ha coordinato il progetto ACLI "Alzheimer: vicino alle famiglie" e collaborato con l'Associazione "Felicitamente Segui l'Onda" di Carate Brianza (MB).

Formatrice esperta in umanizzazione delle cure.

cmrborgonovo@gmail.com

JACOPO LUCA CASIRAGHI
psicologo psicoterapeuta

Responsabile del Servizio di Psicologia del Centro clinico NEMO di Milano e Project Manager di Famiglie SMA onlus, si occupa di patologie neuromuscolari, disabilità e terza età. Collabora con l'attività didattica e con il Laboratorio di Psicologia clinica dell'Università Cattolica di Milano.

jacopo.casiraghi@gmail.com

GIANLUCA CASTELNUOVO
**psicologo, psicoterapeuta, dottore di
ricerca in psicologia clinica**

È professore associato presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano, dove insegna Psicologia clinico-sociale della condizione anziana.

Collabora con il Servizio e Laboratorio di Psicologia Clinica dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano. Ha coordinato il GAT dell'OPL sul tema anziani.

gianluca.castelnuovo@unicatt.it

RITA D'ALFONSO
psicologa, psicoterapeuta

Psicoterapeuta a indirizzo cognitivo comportamentale; è consulente e responsabile di servizi presso RSA di Vimercate.

Formatrice, ha al suo attivo diverse pubblicazioni e ricerche.

ritage@alice.it

GUIDO EDOARDO D'ANIELLO
psicologo

Psicologo presso la RSA (CIERRECI – Centro di Ricerca e Cura dell’Invecchiamento) dell’Istituto Auxologico Italiano e dottorando di ricerca presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Fa parte del gruppo clinico “Studi Cognitivi”, della omonima Scuola di Psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale.

FRANCESCA DELL'AMORE
**psicologa, psicoterapeuta analitico-
transazionale**

Svolge attività terapeutica nel suo studio privato a Sesto San Giovanni e collabora con la Società Italiana di Psicologia Positiva.

mail@francescadellamore.it

STEFANO GOLASMISCI
psicoterapeuta, formazione in psicoanalisi

Svolge attività privata a Bussero (MI) e collabora col Centro S. Ambrogio di riabilitazione psichiatrica a Cernusco sul Naviglio.

Membro del Direttivo della Società Italiana di Psicologia della Religione (SIPR).

SALVATORE NUCCIO LEOTTA **psicologo**
psicoterapeuta

Dal 2007 opera in qualità di dirigente organizzativo e gestionale delle unità d'offerta socio-sanitarie dell'Istituto Geriatrico Milanese.

LUCIA LEUZZI

psicologa, psicoterapeuta ad orientamento analitico

Da anni si occupa di processi psicologici dell'invecchiamento con particolare attenzione alle dinamiche familiari inconse.

Presidente Associazione Cluster "l'anziano e la sua famiglia".

SARA NARGI LIGUORI

È Tirocinante presso la RSA Monsignor Bicchierai (CIERRECI – Centro di Ricerca e Cura dell'Invecchiamento) dell'Istituto Auxologico Italiano. Ha conseguito la Laura Magistrale in "Psicologia per il Benessere: Empowerment, Riabilitazione e Tecnologia positiva" presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

BEATRICE MARCHETTI
laureata in Psicologia Clinica presso
l'Università degli studi di Torino

Specializzanda al terzo anno della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica SPP di Milano.

Da sempre interessata al mondo dell'invecchiamento, ha collaborato con la Residenza Sanitaria Casa Mia di Borgaro Torinese e con il CPS di Via Cherasco, Milano.

GRETA MELLI
psicologa, psicoterapeuta, analista in
formazione

Specializzata in psicologia gerontologica e da anni si occupa della clinica e della progettazione e gestione di servizi sociali, sanitari e socio-assistenziali, di carattere anche sperimentale.

Oltre che di anziani si occupa di adolescenti, disabili, immigrati e famiglie.

greta_melli@libero.it

SIMONA MENNUNI

**psicologa, specializzanda in psicoterapia
cognitivo-neuropsicologica**

Si occupa di valutazione neuropsicologica, riabilitazione/stimolazione cognitiva e del sostegno psicologico presso NEPSI – Centro di neuropsicologia e Sostegno Psicologico di Milano e Centro di Psicoterapia di Vigevano.

simona.mennuni@gmail.com

STEFANO MEROLLA

psicologo esperto in Neuropsicologia

Lavora all'interno delle Unità di Neurologia degli ospedali di Desio e di Vimercate.

Svolge attività valutativa e riabilitativa nelle malattie neurodegenerative e nelle lesioni cerebrali.

ANTONIA MIRARCHI
**psicologa, fisioterapista, rieducatrice
equestre**

Dal 1986 opera in ambito socio-sanitario con interventi educativi, riabilitativi, clinici, progettuali, formativi, gestionali e di ricerca, a favore dell'anziano e del Sistema in cui è inserito.

Collabora con Auser Milano, Aias Milano Onlus, OPL.

antonia.mirarchi@gmail.com

ENRICO MOLINARI
psicologo, psicoterapeuta

Docente di Psicologia clinica e della riabilitazione all'Università Cattolica di Milano, Direttore del Servizio e Laboratorio di Psicologia dell'Istituto Auxologico Italiano (IRCCS).

Comitato scientifico della Casa della psicologia dell'Ordine degli psicologi di Lombardia.

enrico.molinari@unicatt.it

SARA MONCALIERI
psicologa clinica e psicoterapeuta

Libera professionista, dal 2009 esercita nel suo studio privato a Milano. Si occupa prevalentemente - individualmente, in coppia, in famiglia - di adulte ed adulti.

Da quando, nel 2005, lavorò presso il reparto geriatrico dell'ospedale Beata Vergine di Mendrisio, ha esteso la cura psicoterapeutica a donne ed uomini over 75 standard ed il supporto psicologico a caregiver loro familiari.

s.moncalieri@gmail.com

TIZIANA PENNACCHIO
psicologa, psicoterapeuta

Dal 2004 opera in qualità di psicologa e referente del servizio di psicologia delle unità d'offerta dell'Istituto Geriatrico Milanese.

DIVINA REGINA
psicologa

Da Giugno 2017 lavora in Korian come case manager del servizio di Rsa aperta per la Provincia di Pavia.

Da Marzo 2016 lavora presso l’RSA “Gli Oleandri” di Rozzano (MI) occupandosi di supporto ai familiari.

divinaregina90@hotmail.it

MARA RONGO
psicologa

Laureata in “Psicologia”, Master Universitario in “Psicologia Gerontologica”, lavoro da anni nell’ambito dell’invecchiamento, in particolare presso la R.I.S.S. di Premosello-Chiovenda, per la Coop. Soc. Xenia, dove mi occupo di anziani affetti da demenza, di sostegno ai loro familiari e di formazione in ambito sanitario.

ERIKA ROSA
psicologa, psicoterapeuta

Si occupa del sostegno psicologico rivolto a pazienti domiciliari affetti da patologie croniche (Demenze, SLA, Stati Vegetativi), pazienti affetti da tumore e in Cure Palliative.

Si occupa inoltre del supporto psicologico dei relativi familiari.

erikarosa74@gmail.com

CLAUDIA RUBIS

È Tirocinante presso la RSA Monsignor Bicchierai (CIERRECI – Centro di Ricerca e Cura dell’Invecchiamento) dell’Istituto Auxologico Italiano. Ha conseguito la Laura Magistrale in “Psicologia Clinica e Promozione della Salute: Persona, Relazioni Familiari e di Comunità” presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

CHIARA SEMINATI
psicologo esperto in Neuropsicologia

Ha collaborato con la Casa di Cura Habilidad spa e l'ospedale di Bergamo nell'ambito della valutazione e riabilitazione neuropsicologica in pazienti con lesioni cerebrali e decadimento cognitivo.

IVA URSINI
psicoterapeuta sistemico-relazionale

Esercita come libero professionista l'attività psicologica e psicoterapeutica da più di un trentennio.

È formatrice e supervisore da molti anni per operatori psico-socio assistenziali ed educativi. Da più di vent'anni lavora anche con anziani, le loro famiglie e con gli operatori di differenti professionalità che prestano la loro cura nei servizi per anziani.

dott_ursini@yahoo.it

FRANCESCO VAILATI RIBONI

Iscritto al Dottorato di Ricerca in Psicologia Clinica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Le sue ricerche vertono su temi legati al processo di invecchiamento, alle nuove tecnologie e alla pratica Mindfulness.

f.vailatiriboni@gmail.com

DANIELA VILLA **psicologa clinica, psicologa del traffico**

Si occupa di disabilità in ambito scolastico; come libera professionista offre sostegno psicologico ad anziani e loro famiglie; collabora con altre figure professionali per problematiche relative a sinistri stradali.

danielavillapsicologa@gmail.com



Grazie per aver letto questo ebook.

Per altre informazioni e per contattarci, visita www.opl.it