

## **GRUPPO DI STUDIO: TERZA ETÀ E M. DI ALZHEIMER**

### **Possibili approcci assistenziali e riabilitati del malato demente: Alzheimer**

Referente Apid: Valentina Bellinaso [valimon@libero.it](mailto:valimon@libero.it) tel: 333/1871597 o 02/23163489

**Fu chiesto a Franco Basaglia: “Che cosa farebbe se il black-out capitasse improvvisamente a casa sua?”. Rispose:” Accetterei il buio e organizzerei la situazione. Mi metterei cioè a fare insieme con gli altri un'attività giusta per il buio.”**

#### **Premessa:**

#### **PERCHÉ SI PARLA TANTO DI DEMENZA?**

Le demenze rappresentano la quarta causa di morte negli ultrasessantacinquenni dei paesi occidentali. Più si invecchia più aumenta la probabilità di ammalarsi. L'Italia è uno dei paesi più longevi d'Europa e del mondo: la speranza di vita della popolazione italiana maschile (77.6 anni) è la seconda più alta nel continente europeo, mentre quella della popolazione femminile (83.2 anni) si colloca al terzo posto, dopo Spagna e Francia. In particolare è aumentato il numero di anziani ultra ottantenni. Dati Istat 2005 Lucca U., Tediosi F. e Tettamanti M., (2001)

Secondo recenti stime ogni anno in Italia vi sono circa 150'000 nuovi casi di demenza. La popolazione femminile presenta valori di incidenza più alti. Poiché la popolazione italiana è tra le più “anziane” del mondo, ci si aspetta che il numero di individui affetti da demenza aumenterà negli anni.

Di Carlo A. et al., (2002). The ILSA study.

**Gli RSA sono in aumento e gli interventi di Danzamentoterapia** anche, Il gruppo di Ricerca si prefigge il compito di creare materiale divulgativo (volantino, progetto e forse piccolo promo pubblicitario) per permettere ai nuovi soci professionisti di accostarsi alle istituzioni con **materiale promozionale di Alta qualità professionale.**

**DAL GRUPPO DI RICERCA E DAL MATERIALE DI VALENTINA MOLTENI sorgono un insieme di convinzioni e punti che la Danzamentoterapia**

**può trasformare e migliorare.**

#### **1. CURARE E GUARIRE**

«Non si può curare l'Alzheimer» Curare non è sinonimo di guarire. Il fatto che la malattia di Alzheimer sia cronica e non esista una cura in grado di far guarire la persona non significa che **NON SI POSSANO DEDICARE CURE AI MALATI** che non potranno guarire dai loro mali. Curare un malato di Alzheimer significa rallentare il peggioramento, migliorare la sua qualità di vita, **favorire il benessere della persona** (fisico, materiale, emotivo, spirituale, relazionale)

#### **2. NON CONSIDERARE IL PUNTO DI VISTA DEL MALATO**

«Tanto non capisce...» Ogni intervento a beneficio del malato dovrebbe essere concordato non solo con il familiare ma anche con il malato stesso. La consapevolezza che il malato ha un problema di memoria porta spesso a credere erroneamente che non possa esprimere la propria volontà o i propri desideri. In realtà è possibile parlare di **alleanza terapeutica** con il malato partendo dal presupposto che ha la capacità di riconsocere le persone che lo assistono e di discriminare i loro atteggiamenti anche se non ricorda i loro nomi.

### 3. INFANTILIZZAZIONE

«E' come un bambino» **Il cambiamento nelle possibilità comunicative costringe** alla semplificazione dei termini, alla migliore scansione delle parole, all'enfatizzazione della mimica facciale e del **linguaggio non verbale**, tutte cose che siamo abituati a fare con i bambini. Questo atteggiamento non può prescindere dal considerare la storia personale del malato, il tipo di esperienze fatte e le tracce che hanno lasciato nella memoria. Dignità personale e autostima devono essere tutelate nel malato di Alzheimer con proposte che rispettino gli interessi e le reali abilità.

### 4. SOSTITUIRSI AL MALATO

«Non è più capace...» La progressiva perdita delle funzioni di base incoraggia un eccesso di assistenza: il malato viene mantenuto interamente passivo anche se di fatto è in grado di svolgere in tutto o in parte alcune funzioni di base della vita quotidiana. Molto spesso l'eccesso di assistenza è dovuto alla fretta di chi assiste o al non riconoscimento delle abilità preservate. Questo fenomeno molto comune porta allo sviluppo di **DISABILITÀ IN ECCESSO** (eccesso di deficit non giustificati dalla degenerazione neuronale)

### 5. INTENZIONALITÀ

«Lo fa apposta...» Molti dei comportamenti manifestati dal malato mettono a dura prova chi lo assiste da vicino. Spesso dimenticanze, reazioni di rabbia, gesti aggressivi del malato vengono connotati di intenzionalità negativa: «lo fa per ferirmi», «vuole sfidarmi». La tendenza a colpevolizzare e denigrare il malato è comune tra chi assiste soprattutto nei momenti in cui è forte il senso di impotenza. Accettare che non sia possibile trovare sempre risposte ai problemi che si pongono è una grossa sfida per chi sta accanto al malato.

### 6. IPOSTIMOLAZIONE

«E' pericoloso, lo rompe...» Il timore che un uso scorretto di strumenti e oggetti possa essere lesivo per l'incolumità del malato porta a creare intorno a lui ambienti asettici e privi di qualsiasi stimolazione. Isolamento, noia e apatia sono fattori di rischio per il manifestarsi di comportamenti disturbanti nel malato (reazioni a catena)

. La relazione con il malato e la progettazione di spazi di vita in cui il malato possa ritrovare elementi familiari e che attirino la sua attenzione sono importanti fattori terapeutici

#### **Referenti scientifici che ci accompagneranno nel lavoro:**

VALENTINA MOLTEN: Psicologa ed esperta in attività di sostegno psicologico rivolta agli ospiti, ai familiari e al personale del Nucleo Alzheimer dell'istituto; referente per le terapie non farmacologiche a beneficio degli ospiti del Nucleo Alzheimer. Attività di sostegno psicologico a familiari di persone in stato vegetativo permanente istituzionalizzate.

RITA PEZZATI : Master of Science - Psicoterapeuta riconosciuta federazione svizzera (FSP) Didatta società cognitivo comportamentale italiana

LUCIANA QUAIA : Psicologa - Esperta in Psicologia gerontologia

### **OBIETTIVI DEL GRUPPO DI STUDIO:**

- Ricercare nuove conoscenze sull'approccio non farmacologico alle demenze, con riferimento alla realtà del nucleo alzheimer in RSA: Musicoterapia, Pet- Therapy, terapia della bambola e altre nuove forme di Terapia che alcune nostre colleghe hanno già cominciato a ricercare in tutto il mondo.
- Progettazione di interventi a favore del benessere del malato specifici di DANZAMOVIMENTOTERAPIA
- Possibilità di costruire una Cultura riabilitativa verso la persona con Demenza
- Raccolta degli Interventi di DanzaMovimentoTerapia: esperienze già effettuate e ipotesi future per una possibile Pubblicazione con Federazione Alzheimer
- **Analisi dei bandi per attività innovative presso R.S.A. , progettazione.**
- **Gli RSA sono in aumento e gli interventi di Danzamovimentoterapia** anche, il gruppo di Ricerca si prefigge il compito di creare materiale divulgativo (volantino, progetto e forse piccolo promo pubblicitario) per permettere ai nuovi soci professionisti di accostarsi alle istituzioni con **materiale promozionale di Alta qualità professionale.**

### **APPUNTAMENTI E FASI DI PROGETTAZIONE:**

Le date e le modalità verranno comunicate ai soci che si saranno iscritti al gruppo tramite scheda allegata.

#### **Metà settembre 2011**

Incontro coi soci interessati per la progettazione di azioni relative agli ambiti di intervento. Nel primo incontro si farà il punto sulla situazione esistente, confrontando bibliografia ed esperienze già svolte nel campo (ricerche, studi, test diagnostici, e di rilevazione, ecc) tutto materiale che il gruppo già esistente si sta occupando di raccogliere dopo l'incontro avvenuto il 21 Maggio a Milano) in base alle quali configurare proposte di intervento specifico presso RSA, Caffè Alzheimer, Federazione e Associazione Alzheimer.

#### **26/27 novembre 2011**

Giornate di formazione APID strutturate come a marzo con la presentazione di tre nuove tematiche e lavoro nei vari sottogruppi, con gli sviluppi di progetti concretizzati e concretizzabili. Tali proposte verteranno sull'elaborazione di una scheda di valutazione e verifica degli interventi programmati, sulle modalità di proposta di progetti preventivi e di intervento specifici e sulla progettazione in rete una modalità di diffusione.

**Gennaio-Febbraio 2012:** Fase pratica di stampa, realizzazione dvd e forse pubblicazione finale con federazione Alzheimer.

#### **Marzo 2012**

Convegno APID e presentazione dei lavori svolti, valutazione, verifica e progettazione futura.

### **MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE**

I soci interessati dovranno compilare e inviare la scheda di adesione al referente del gruppo e alla segreteria APID entro 30 Giugno 2011

**Da inviare a:**

[valimon@libero.it](mailto:valimon@libero.it)

[segreteria@apid.it](mailto:segreteria@apid.it)