

Gli anziani sono persone con bisogni da soddisfare ed emozioni da vivere. È difficile trovare un'unica definizione di vecchiaia, ognuno di noi vive la vecchiaia in modo diverso. Secondo alcuni criteri oggettivi in base ai quali l'inizio della vecchiaia può: coincidere con il momento in cui si verificano alcuni eventi biologici o fisici; essere legato al verificarsi di certe condizioni sociali che modificano la vita quotidiana; dipendere dalle previsioni di vita.

Mentre secondo il criterio dell'età anagrafica, possiamo distinguere tra: **terza età**, dai sessant'anni agli ottanta, chiamata dalla psicologia dello sviluppo "anzianità", in cui il soggetto conserva ancora una certa vitalità che gli permette di svolgere diverse azioni; **quarta età**, dagli ottant'anni in poi, chiamata "vecchiaia" in cui l'individuo manifesta un decadimento fisico e psicologico piuttosto inevitabile, che può causare mancanza di autonomia.

I cambiamenti fisici

Il nostro corpo con il passare degli anni va incontro a un processo fisiologico di invecchiamento che comporta alcuni cambiamenti inevitabili. Tra questi vi sono quelli che avvengono:

- a livello degli apparati sensoriali → diminuisce la vista, anche la capacità di vedere da vicino (presbiopia), e aumenta la sensibilità alla luce (fotofobia). Difficoltà nella percezione di stimoli sonori, minori sensibilità per i sapori dolci e perdita della capacità di distinguere gli odori.
- a livello motorio → Si riduce la massa muscolare, diminuiscono la forza e la resistenza fisica. Le articolazioni inoltre perdono la loro mobilità e la cartilagine intervertebrale tende ad assottigliarsi causando una riduzione della statura.
- a livello delle funzioni vitali → alcuni organi iniziano a funzionare meno efficacemente, come il cuore, i polmoni, il fegato e le arterie
- a livello estetico → riduce il numero dei capelli, diventano bianchi, poi la pelle perde l'elasticità e il peso corporeo diminuisce a causa della riduzione della massa muscolare
- a livello cerebrale e nervoso → il numero dei neuroni diminuisce, quindi diminuisce anche la capacità di acquisire nuove informazioni e di elaborarle.

I cambiamenti psicologici

Le modificazioni che avvengono nella persona anziana a livello cognitivo riguardano:

- la memoria, in particolare, la memoria breve termine, che consente di conservare una piccola quantità di informazioni per breve tempo, tende a divenire meno precisa, mentre quella lungo termine, che invece è una capacità e una durata maggiori, tende a rimanere intatta;
- l'elaborazione del pensiero avviene in maniera differente: l'anziano utilizza maggiormente strategie che si affidano alla propria esperienza piuttosto che all'intuito o alla capacità di problem solving; la persona anziana fa maggiormente riferimento all'intelligenza cristallizzata, che permette di risolvere i problemi sulla base del sapere accumulato durante gli anni passati, piuttosto che all'intelligenza fluida, che consente di comprendere e di risolvere problemi ma in modo affrontati in precedenza in modo rapido e creativo;
- l'attenzione e la capacità di concentrazione diventano sempre più difficili da mantenere. Mentre il linguaggio non subisce trasformazioni significative.

I cambiamenti sociali

E le trasformazioni più importanti riguardano la sfera sociale della persona anziana e avvengono in due grandi ambiti:

-nell'ambito del lavoro, il pensionamento rappresenta un momento delicato della vita dell'individuo, in quanto soggetto cessa improvvisamente di rivestire un certo ruolo nella società e di svolgere

determinati compiti. tutto ciò può portare una condizione di disagio, poiché, non avendo più un ruolo sociale che lo identifichi, l'anziano si sente inutile; può essere colto da un profondo stato di noia. Non tutti gli anziani reagiscono male al pensionamento.

-nell'ambito delle relazioni familiari, un momento delicato rappresentato dall'uscita di casa dei figli, in quanto la coppia deve riorganizzare la propria vita quotidiana sulla base del fatto che non c'è più nessuno di cui prendersi cura.

Tutti questi cambiamenti possono creare nell'individuo una condizione di disagio e essere vissuto in maniera positiva. A questo proposito vi sono delle variabili che incidono sul modo di accettare o meno le trasformazioni tipiche della vecchiaia, ovvero lo stile di vita del soggetto, l'età e le caratteristiche della personalità.

In geriatria e gerontologia l'espressione "anziano fragile" viene usata per definire soggetti anziani con stato di salute instabile per la presenza di una o più patologie.

La fragilità è una condizione dell'anziano caratterizzata da una riduzione grave della riserva funzionale di organi e apparati. è il risultato di un accelerato deterioramento psico-fisico che una volta iniziato, tende a peggiorare. Le cause includono l'invecchiamento avanzato, la presenza di diverse malattie, il rischio di ospedalizzazione e problemi assistenziali.

LE MALATTIE DELLA VECCHIAIA

Demenza senile → Con il termine demenza senile si indica un insieme di sintomi, i principali dei quali sono la perdita delle funzioni cognitive e le alterazioni del comportamento, a volte talmente gravi da compromettere sia le relazioni sociali sia le normali attività quotidiane. Le cause delle demenze si distinguono in:

- demenza primaria: la causa è ignota
- demenza secondarie: provocate da cause specifiche, come assunzione di sostanze tossiche malattia infettive (AIDS, tubercolosi), disturbi metabolici, i problemi danni neurologici o malattie vascolari.

Se si considera la zona del cervello colpita possono essere:

- demenze corticali: che colpiscono la zona della corteccia cerebrale
- demenze sottocorticali, che interessano soprattutto i nuclei sottostanti la corteccia cerebrale.

I SINTOMI COMUNI

AMBITO COGNITIVO → Le funzioni cognitive maggiormente colpite da una condizione di demenza sono la memoria, il linguaggio, il pensiero e la motricità.

La memoria risulta particolarmente compromessa, soprattutto quella breve termine. Con il progredire della malattia anche la memoria a lungo termine viene compromessa; quindi, l'anziano perde la possibilità di accedere alle informazioni più remote e a fatti accaduti nel passato. Una diretta conseguenza della perdita di memoria è la difficoltà di orientamento spazio-temporale: perde la capacità di orientarsi sia nello spazio (non riconosce i luoghi) sia nel tempo (non identifica l'anno, il mese e non distingue tra la notte e il giorno). A causa di tutto ciò non riesce più a orientarsi all'interno della sua casa.

Nel linguaggio, si manifesta l'afasia, ovvero un deficit nella produzione e nella comprensione di messaggi verbali o scritti pur non avendo difficoltà a pronunciare le parole. L'afasia comporta la difficoltà a esprimersi con gli altri o a comprendere ciò che gli altri gli dicono.

Strettamente connesso al linguaggio è il pensiero, che nelle demenze appare deficitario.

Si verifica l'agnosia, ovvero l'incapacità di riconoscere e identificare gli stimoli sensoriali che provengono dall'esterno. Il soggetto non riconosce più le funzioni dei soggetti che ha sempre usato e di conseguenza manifesta un disturbo del giudizio critico, diventa incapace a rispondere adeguatamente alle richieste dell'ambiente (può capitare che esca in pigiama e che usi un linguaggio volgare pubblico).

Nell'ambito della motricità, si manifesta l'aprassia, ovvero la perdita della capacità di eseguire movimenti coordinati e finalizzati, pur in assenza di segni di paralisi.

AMBITO COMPORTAMENTALE → Si possono manifestare i seguenti sintomi:

- cambiamento delle caratteristiche di personalità (una persona sempre attiva potrebbe diventare apatica, mentre chi prestava molta attenzione all'aspetto personale potrebbe trascurarsi).
- reazioni esagerate o distruttive; non riuscendo a fornire risposte adeguate alle situazioni, può reagire con reazioni catastrofiche, ovvero reazioni sproporzionate all'evento al cambiamento avvenuto; si agita fino a diventare aggressivo nei confronti di chi gli sta accanto; il demente senile non è capace di controllare le proprie emozioni e di inibire o bloccare un comportamento non adeguato. Le situazioni che più di altre lo mettono in difficoltà sono quelle in cui bisogna pensare contemporaneamente più cose, quelle in cui si cerca di fare qualcosa che non si è più in grado di fare e quello in cui non si capisce ciò che bisogna fare;
- wondering, vagabondaggio, che porta le persone con demenza senile a camminare avanti indietro in una passeggiata continua e compulsiva che potrebbe durare anche ore, alla ricerca di qualcosa che non troveranno mai.
- deliri (convinzioni errate delle realtà) e allucinazioni (percezioni senza oggetto) che l'anziano facilmente manifesta nello stadio avanzato della malattia. I deliri che si presentano con maggior frequenza sono quelli a causa dei quali il soggetto è convinto che qualcuno voglia fargli del male o oppure rubargli i suoi soldi o beni (dialoga con personaggio televisivo pensando che si rivolga a lui). Le allucinazioni possono determinare comportamenti apparentemente incomprensibili (l'anziano si mette a parlare all'improvviso o addirittura a urlare).

Le principali tipologie di demenza senile sono:

La demenza di Alzheimer è la forma più frequente e diffusa di demenza negli anziani. Si tratta di una malattia neurodegenerativa che porta a un progressivo e cronico declino delle facoltà mentali. Di solito si manifesta dopo i 65 anni, ha un andamento familiare si presenta con maggiore frequenza nel sesso femminile. Il decorso della malattia è progressivo, se può variare da caso a caso, e può durare da 2 a 20 anni prima che sopraggiunge la morte. Quest'ultima, tuttavia, solitamente avviene per altre cause come infezioni polmonari, ulcere da pressione o patologie cardiovascolari.

- La demenza di Alzheimer è caratterizzata da una progressiva atrofia della corteccia e dell'ippocampo dovuta a morte neuronale. Il fenomeno è dovuto all'accumulo, negli spazi intracellulari, di proteine neuronali in forma alternata. Poiché interessa neuroni colinergici si ha una riduzione dell'acetilcolina normalmente una proteina chiamata Amyloid Protein Precursor (APP) viene degradata da enzimi presenti nei neuroni e i prodotti vengono eliminati. Nei malati di Alzheimer l'APP viene degradato in modo errato producendo una proteina insolubile detta Beta-Amiloide. che non può essere eliminata e si accumula formando placche senili che portano alla morte dei neuroni.

- Le cause principali del morbo di Alzheimer includono fattori di rischio come l'età, il sesso femminile e la familiarità. Tuttavia, l'ipotesi maggiormente accettata è quella legata alla genetica.

SINTOMI: Generalmente, la malattia si sviluppa in 3 fasi:

1. **Precoce:** l'individuo manifesta un lieve disorientamento spaziale e temporale e fatica a ricordare eventi recenti. Ad esempio, potrebbe dimenticare di prendere la medicina che dovrebbe assumere quotidianamente e magari il giorno successivo potrebbe prendere il doppio della dose.
2. **Intermedia:** la capacità di orientarsi nello spazio e nel tempo peggiora ulteriormente. Il soggetto potrebbe perdersi nella propria casa e confondere una stanza con il bagno. Inoltre, fatica a memorizzare nuove informazioni e la memoria autobiografica peggiora, portando il soggetto a credere di avere un'età diversa da quella reale.
3. **Terminale:** il malato diventa completamente dipendente dagli altri e necessita di assistenza costante per l'alimentazione, l'abbigliamento e l'igiene personale. Viene compromessa sia la produzione che la comprensione del linguaggio.

La diagnosi non è certa, ma vengono effettuate indagini con test psicometrici e strumenti mnemonici. Attualmente non esiste una terapia specifica per il morbo di Alzheimer; la ricerca è incentrata sull'individuazione di nuovi farmaci in grado di curare o rallentare il decorso della malattia. Gli interventi utili includono quelli di tipo riabilitativo, come la ROT, che si avvale di stimolazioni per mantenere, per quanto possibile, le capacità cognitive e funzionali del paziente. La Rot può essere formata da professionisti qualificati come terapisti occupazionali, fisioterapisti e logopedisti, in collaborazione con familiari e altri caregiver. L'obiettivo della Rot è quello di migliorare la qualità della vita del paziente, promuovendo il mantenimento dell'autonomia, la comunicazione e la partecipazione sociale.

È importante iniziare ad affrontare i problemi relativi all'autonomia del paziente fin dall'inizio, come la guida, la gestione del denaro, il consumo di fumo e alcol. Poiché la gestione di un malato di Alzheimer è difficile, i familiari spesso sono costretti a rivolgersi, per l'assistenza, a strutture o associazioni in grado di supportarli. Le Unità valutative Alzheimer sono dei centri di neurologia specializzati che hanno il compito di valutare la gravità della malattia, e di stabilire la terapia appropriata. In seguito, si potrà ricorrere a forme di Assistenza domiciliare integrata o a Centri diurni, in cui possono essere attivate forme di riabilitazione. Nelle ultime fasi della malattia, si rende necessario il ricovero in RSA (Residenza sanitaria assistita).

IL MORBO DI PARKINSON

È una patologia neurodegenerativa che colpisce il sistema nervoso centrale ed è correlata alla perdita di cellule nervose situate in un'area del cervello (substantia nigra) che interviene nella corretta esecuzione, nel controllo e nella coordinazione dei movimenti. Le cellule di questa zona producono dopamina (neurotrasmettitore), responsabile dell'attivazione di circuiti che controllano i movimenti e l'equilibrio. Se i neuroni vengono danneggiati, si determina una carenza di questo neurotrasmettitore e le aree che regolano i movimenti del corpo non funzionano correttamente, causando il rallentamento e la mancanza di coordinazione dei movimenti.

I **CORPI DI LEWY** sono dei piccoli aggregati proteici insolubili, che si formano nel citoplasma dei neuroni delle persone affette da morbo di Parkinson, demenza da corpi di Lewy, atrofia multi-sistemica e alcune forme familiari di morbo di Alzheimer.

CAUSE → Non sono attualmente note, ma si conoscono i meccanismi che portano al suo sviluppo.

- L'invecchiamento
- La genetica, da una storia familiare positiva e da alcune aberrazioni genetiche che hanno una relazione con la malattia, sono stati individuati alcuni geni che, se mutati, possono concorrere alla sua comparsa. Circa il 5-10% mostra un modello di ereditarietà autosomica dominante

- L'ambiente, in cui sono stati individuati alcuni fattori tossici, come l'esposizione a pesticidi ed erbicidi usati in agricoltura, prodotti chimici industriali e altre sostanze inquinanti. Questa predisposizione deriverebbe soprattutto dall'esposizione lavorativa, ad esempio dagli agricoltori, saldatori e verniciatori o dalla presenza di industrie chimiche sul territorio.
- I fattori endogeni, dallo stress ossidativo e dai radicali liberi
- I virus, in cui non è stata dimostrata una correlazione tra la malattia e uno specifico patogeno.
- I danni cellulari e il processo di morte cellulare programmata (si pensa che possa insorgere anche da eventi traumatici)

SINTOMI → Il tremore, la rigidità e lentezza sono i sintomi classici della malattia di Parkinson

Il tremore → coinvolge inizialmente una parte del corpo (destra o sinistra), e in seguito l'altra. I tremori si manifestano a riposo e si riducono o scompaiono appena il soggetto deve eseguire un movimento finalizzato. Spesso i malati di Parkinson percepiscono una sensazione di "tremore interno, che pur non essendo visibile è pericoloso.

-la rigidità si può manifestare a livello degli arti, del collo oppure del tronco, e determina un notevole aumento del tono muscolare se in condizioni di riposo sia in movimento.

-nel caso della bradicinesia (movimento lento), la persona esegue i gesti a rallentatore ed è estremamente impacciata negli spostamenti. A questo si accompagna l'acinesia, ovvero la ridotta capacità di eseguire movimenti spontanei. Una particolare forma di acinesia è il freezing, cioè la condizione di congelamento alle gambe, a causa della quale la persona sente le gambe e i piedi incollati a terra. La bradicinesia comporta una povertà mimica dei muscoli del volto, al punto che il malato perde espressività e ha difficoltà a produrre le parole.

-le alterazioni posturali comportano l'acquisizione di una postura scorretta che lo porta a ripiegarsi su sé stesso; ciò può portare al verificarsi di cadute.

DISTURBI SECONDARI → Tali disturbi sono inerenti alla sfera cognitiva e psicologia.

Per quanto riguarda l'aspetto cognitivo piuttosto frequente è l'acinesia psichica, ossia un'anomala lentezza dei processi di pensiero. Il malato presenta una perdita di concentrazione, incapacità di creare nessi logici e lentezza ad afferrare e elaborare concetti.

Invece per quanto riguarda la sfera psicologica, nel 40% dei casi i malati soffrono di depressione a causa dello stato di stress dovuto alla loro condizione di inabilità. Molto frequenti sono anche i disturbi ansiosi, quali ansia generalizzata, attacchi di panico, fobie sociali. Un atteggiamento molto diffuso nelle persone colpite dal Parkinson è la tendenza all'isolamento a causa dell'incapacità di relazionarsi spontaneamente con gli altri.

I familiari e gli operatori socio-sanitari devono cercare di contrastare il più possibile tale chiusura, per evitare che il disagio si amplifichi e che la malattia diventi inesorabile.

TERAPIA → Terapie di supporto, come:

-Fisioterapia o fisiocinesiterapia, per la rigidità muscolare e il dolore alle articolazioni con il miglioramento della mobilità e del cammino.

Vengono assegnati esercizi motori (cinesiterapia), utilizza le energie fisiche o i massaggi e movimenti per la riabilitazione fisica (fisioterapia).

-Terapia occupazionale, per l'aiuto delle attività di vita quotidiane come vestirsi, curare l'igiene personale o fare la spesa.

-Terapia del linguaggio, per diminuire le difficoltà di deglutizione (logopedista) e migliorare il parlato.

-Terapia farmacologica (Levodopa) per aumentare nel cervello la concentrazione di dopamina.

→ La L-DOPA (levodopa) è capace di attraversare la barriera ematoencefalica e una volta superata si trasforma in dopamina da l'enzima "carbossilasi". L'uso prolungato di questo farmaco determina delle complicanze:

→ A distanza di 5 anni dall'inizio della somministrazione compare la riduzione quasi totale dell'efficacia della levodopa.

→ Un'altra complicazione è caratterizzata da fasi alterne, con momenti di beneficio e momenti di inefficacia del farmaco.

-Intervento chirurgico di Stimolazione cerebrale profonda (indicato solamente in casi selezionati). Viene utilizzato raramente in casi dove il paziente è resistente alla terapia farmacologica.

-Psicologi o assistenti sociali, per affrontare il carattere emotivo della persona.

LA SCELTA DEL TRATTAMENTO PIÙ ADEGUATO

-La terapia farmacologica per la demenza prevede la somministrazione regolare di farmaci antidementigeni per attenuare i sintomi e ritardare il peggioramento dei disturbi cognitivi comportamentali. È importante assumerli regolarmente, alla stessa ora e senza modificare la posologia senza indicazioni del medico curante. Chi assiste l'anziano malato deve monitorare regolarmente l'assunzione dei farmaci antidementigeni per garantire che vengano presi correttamente.

-Le terapie non farmacologiche per la demenza si concentrano sull'uso di trattamenti specifici che mirano a diversi obiettivi. Questi trattamenti includono esercizi che partono dal presupposto che nelle prime Fasi delle malattie dementigene non tutte le abilità cognitive subiscono un decadimento generale, ma che alcune funzioni sono più colpite di altre. Le terapie non farmacologiche mirano a intervenire sulle abilità che sono ancora integre, al fine di migliorare la qualità della vita della persona malata e contrastare il più possibile l'impatto negativo delle sue difficoltà nelle attività quotidiane.

-Nell'ambito della scelta del trattamento adeguato alla demenza, è importante considerare diversi elementi essenziali. Questi includono: il grado di deterioramento del paziente, le abilità compromesse e le capacità residue, gli obiettivi desiderati in base alle caratteristiche psicologiche e comportamentali del paziente, e il trattamento che si adatta a raggiungere gli obiettivi prefissati.

Ogni tecnica ha caratteristiche specifiche e si adatta meglio a determinate fasi della malattia raggiungendo obiettivi particolari con diverse metodologie. Le tecniche possono essere utilizzate singolarmente o combinate, tenendo conto della specificità del paziente e delle sue problematiche. In generale, è importante che gli esercizi proposti non siano né troppo difficili né troppo semplici, in modo da non frustrare il paziente con compiti eccessivamente complessi né umiliarlo con richieste troppo banali. L'ideale è avanzare richieste ragionevoli che stimolino l'anziano a progredire e a ottenere risultati sempre migliori.

LA TERAPIA DI ORIENTAMENTO ROT

è un intervento psicologico diffuso per recuperare e riattivare le abilità cognitive delle persone con demenza lieve e moderata. Essa è stata ideata nel 1958 negli Stati Uniti e mira a riorientare i pazienti rispetto all'ambiente circostante contrastando la confusione mentale e l'eventuale disorientamento spazio-temporale. Questo tipo di terapia è semplice, economica e fornisce sia agli operatori che ai familiari la sensazione di apportare un contributo utile al benessere del paziente. Le strategie della ROT: **Associazione**: Questa strategia implica la creazione di forti connessioni tra due elementi da memorizzare. ad esempio, associando il nome di una persona a una caratteristica fisica o

caratteriale. **Visualizzazione:** Consiste nel creare immagini mentali delle parole da ricordare, ad esempio immaginare la signora "Italia" vestita nei colori della bandiera italiana. **Categorizzazione:** Questa strategia prevede il raggruppamento di parole in categorie ben definite, facilitando così la memorizzazione e la rievocazione. Ad esempio, raggruppare la lista della spesa in categorie come "frutta, verdura e bibite".

ROT Formale e ROT Informale

Per quanto riguarda la metodologia utilizzata, la terapia di orientamento alla realtà può avvenire secondo due modalità terapeutiche, cioè formale e informale.

La ROT Formale

(RoT) "in classe" si svolge in un contesto ben definito con incontri prestabiliti, della durata di circa 45 minuti, che si ripetono da 3 a 5 volte alla settimana. È preferibile lavorare con gruppi di non più di 4-5 persone per favorire la socializzazione e promuovere le relazioni tra i partecipanti, aumentando e capacità di ascolto e il rispetto dei tempi di conversazione. È consigliata la presenza di due conduttori, uno per seguire il soggetto e l'altro per gestire il gruppo. Le figure professionali coinvolte possono essere psicologi, infermieri, operatori sociosanitari, fisioterapisti, ecc

La ROT Informale

La Rotazione Informale del Trattamento (RoT) "24 ore" prevede che gli operatori pongano domande all'anziano in momenti informali della giornata senza strutturazione, come avviene durante le attività tradizionali. Gli operatori possono incoraggiare la partecipazione dei familiari, fornendo loro suggerimenti su come adottare un approccio informale quando visitano i loro cari, sia all'interno della struttura che a casa. È importante comprendere che sia la RoT formale che quella informale devono essere integrate e non considerate isolatamente. al fine di massimizzare l'effetto delle stimolazioni

-Materiale utilizzato: La RoT si avvale di determinati oggetti (anche detti "ausili esterni") su cui si basano specifiche attività che aiutano la persona anziana a raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il Calendario

Nella RoT formale, è necessario che il calendario contenga date, mese e anno ben evidenti. I giorni della settimana devono essere chiari e accanto a ogni mese è utile associare un'immagine che faciliti la memorizzazione del mese stesso. Un esempio può essere l'associazione delle maschere di carnevale al mese di febbraio, degli alberi di Natale a dicembre e così via. Allo stesso modo si può agire per le stagioni. Questa attività può essere svolta anche a casa (RoT informale), quando il paziente non si trova in una struttura assistito dai familiari.

L'Orologio da Parete e il Timer

L'orologio da parete deve essere grande e ben leggibile, posizionato in diverse stanze della casa o della struttura. È utile proporre ai partecipanti di indicare quale attività corrisponde a quel momento della giornata facendo riferimento all'orario. Il timer può essere usato per stimolare la capacità di attenzione, ad esempio, chiedendo ai partecipanti di eseguire un compito al suono del timer.

Le Fotografie e/o Immagini

Per facilitare il richiamo di certe nozioni, si possono utilizzare fotografie e/o immagini. Ad esempio, si possono posizionare alcune etichette che raffigurano la biancheria o i vestiti che si trovano nei cassetti o negli armadi. Inoltre, per favorire il ricordo dell'ordine cronologico degli eventi, si può proporre di ricostruire la scansione della giornata utilizzando immagini che raffigurano l'alba, il sole

alto nel cielo, il tramonto e la notte. Si possono anche mostrare immagini di condizioni atmosferiche e chiedere di abbinarle alla stagione corretta.

LA TERAPIA DELLA REMINISCENZA TP

si fonda sul presupposto che nelle demenze, in particolare nell'Alzheimer, la memoria a lungo termine venga compromessa negli stadi più avanzati della malattia. Nelle prime fasi, invece, i problemi maggiori si riscontrano nella memorizzazione di nuove informazioni. I ricordi più lontani diventano un importante punto di riferimento per le persone anziane, fornendo loro sicurezza durante la difficoltà di richiamare eventi recenti. Questo approccio mira a ritardare il deterioramento della memoria, consentendo alle persone di gestire meglio le sensazioni di inadeguatezza causate dal malfunzionamento della memoria a breve termine. La terapia della reminiscenza è rivolta a pazienti con lievi o moderati declini cognitivi, consentendo loro di rievocare e organizzare autonomamente i propri ricordi.

LA METODOLOGIA DELLA TR E I REQUISITI DEL CONDUTTORE

La metodologia più indicata per la terapia della reminiscenza è lavorare in piccoli gruppi di 5-8 persone al fine di favorire il confronto tra pari a curata del trattamento varia a seconda delle tematiche affrontate in ogni seduta e solitamente ogni incontro può durare 30-45 minuti con una cadenza settimanale. È importante che il Setting degli incontri sia rilassato e che i partecipanti percepiscano un'atmosfera rassicurante per potersi esprimere liberamente. La creazione di un buon clima dipende dalle qualità umane e professionali dei conduttori, che devono:

- Possedere buone capacità di ascolto e non giudicare
- connettere i diversi elementi del discorso qualora l'anziano non riesca a taric
- Evitare di mostrarsi scettici o correggere il paziente se dice qualcosa di poco convincente
- Essere in grado di gestire emozioni "negative" che possono emergere

Nel caso in cui un anziano entri in crisi, può essere utile introdurre un distrattore, come un gioco o una canzone, oppure coinvolgere gli altri partecipanti nel supportare la persona interessata. È cruciale che i pazienti non escono mai dalla seduta depressi o più fragili di quanto fossero prima di iniziarla.

LE ATTIVITÀ PREVISTE DELLA TR

LE attività previste alla terapia della reminiscenza includono stimoli alla memoria autobiografica, facilitando la ricostruzione della storia personale. I conduttori possono raccogliere informazioni dettagliate sui pazienti per condurre la terapia in modo efficace.

Nel caso di demenza lieve, il semplice suggerimento di temi specifici può favorire la rievocazione di ricordi, mentre in presenza di demenza moderata o grave, l'intervento dei conduttori può richiedere un sostegno più deciso. L'utilizzo di vario materiale visivo, tattile, uditivo, olfattivo o gustativo può essere utile per sensibilizzare i pazienti. (fotografie o immagini del passato)

Inoltre, ricreare la storia degli anziani attraverso la creazione di un album fotografico o una mostra tematica può essere particolarmente efficace. Infine, l'idea di una "scatola dei ricordi" può coinvolgere non solo fotografie, ma anche oggetti simbolici della vita dell'anziano.

IL METODO COMPORTAMENTALE

Può essere impiegato in diversi ambiti, ha diverse tecniche con lo scopo di correggere comportamenti inappropriati, che nel caso delle demenze sono per esempio irritabilità, l'aggressività e l'impulsività. Questa terapia rappresenta un valido intervento psico-educativo volto a diminuire la

sofferenza psichica, modificando i comportamenti che interferiscono negativamente sulle loro relazioni sociali.

Per un buon intervento bisogna rispettare alcune fasi: Osservare attentamente e misurare il comportamento da riabilitare, ovvero capire la frequenza, la durata e l'intensità; si utilizzano griglie di valutazione.

Il compito dell'operatore è quello di comprendere il motivo del comportamento del soggetto che non riesce a comunicare verbalmente.

- Riflettere sul comportamento osservato e decidere se sono necessarie delle modificazioni; se sì, bisogna porsi degli obiettivi che devono essere facilmente raggiungibili.

Scegliere la strategia migliore per l'intervento.

LE STRATEGIE

Il metodo comportamentale ricorre: ai rinforzi positivi, ovvero fornire all'individuo stimoli piacevoli ogni volta che il comportamento che vogliamo rinforzare si manifesta al costo della risposta, secondo cui si decidono insieme al paziente le conseguenze negative di un certo comportamento il time out, in cui si allontana il paziente da un ambiente per lui piacevole subito dopo la manifestazione del comportamento che si vuole eliminare.

TERAPIA OCCUPAZIONALE TO

Ha lo scopo di supportare il paziente nello svolgimento delle attività quotidiane e di aumentare l'efficacia rispettando la dignità. Infatti, cerca di aumentare l'autonomia nel ritardare/ridurre il senso di inadeguatezza e confusione che egli prova.

LE ATTIVITÀ'

Si programmano varie attività nei diversi ambiti della vita quotidiana (cucinare, cantare, dipingere, ballare, cucire, giocare...). Possono essere svolte individualmente o in gruppi e gli operatori devono effettuare una valutazione attenta e puntuale delle funzioni cognitive del soggetto, dei suoi comportamenti e delle sue abilità che risultano compromesse e di quelle ancora intatte.

Una volta conosciuto il paziente bisogna programmare le attività che portano maggiori benefici. È importante concentrarsi sul benessere dell'utente e non il risultato dell'attività in sé.

LA CURA DI SÉ

Il soggetto affetto da demenza può cominciare a trovare difficoltà a svolgere azioni quotidiane alla cura di sé causate dal deterioramento cognitivo. Per l'operatore sociosanitario è opportuno che per la sua camera: semplificare l'ambiente all'interno della struttura dove si trova l'anziano, cercando di rendere facilmente accessibile il contenuto degli armadi e dei cassetti (es. usare foto) permettere al paziente di mantenere le sue abitudini (es. lasciar sistemare i vestiti come fa lui o il suo gusto nell'abbigliamento) monitorare le azioni dell'anziano per evitare che si vesta in modo sbagliato (es. le mutande sopra i pantaloni).

Per l'alimentazione togliere dal tavolo da pasto tutto ciò che è superfluo e lasciare il necessario evitare di utilizzare troppe posate utilizzare oggetti facilitanti (es. bicchiere con la valvola, cucchiaino gommato)

Per l'igiene personale: Bisogna assistere l'anziano nel lavarsi, pettinarsi... ma si può riscontrare vergogna da parte sua, per esempio, nel farsi vedere nudo dove può reagire con rabbia, quindi bisogna distrarre il paziente cantando, chiacchierando...

I SERVIZI A DISPOSIZIONE PER GLI ANZIANI

- SERVIZI DOMICILIARI

Forniscono prestazioni presso il domicilio della persona che ha richiesto l'intervento. Queste prestazioni possono essere di 2 tipi: carattere sociale (preparazione dei pasti, faccende domestiche, assistenza notturna...). ordine medico-sanitario (assistenza medica, infermieristica o riabilitativa).

Le figure professionali possono essere oss, medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali. In base al tipo di prestazioni offerte si ha 2 tipi di assistenza:

L'assistenza domiciliare è rivolta agli anziani autosufficienti e offre prestazioni di carattere sociale. Assistenza domiciliare integrata che offre prestazioni sia sociali sia medico-sanitari, rivolto agli anziani in parte o totalmente non autosufficienti. Si tratta di un servizio di assistenza continuativa temporanea o permanente che viene utilizzato in base al programma stabilito dall'Unità di valutazione geriatrica (UVG) del territorio, che ha il compito di precisare gli obiettivi, dichiarare il suo stato di autosufficienza ed elaborare un progetto.

Ospedalizzazione a domicilio che effettuano a domicilio interventi diagnostici e terapeutici. Rientrano anche gli aiuti economici che vengono erogati con l'obiettivo di fornire i mezzi necessari all'individuo (es. telesoccorso, il quale l'anziano fa una chiamata premendo un pulsante, funziona 24/24h e consiste nel richiedere aiuto immediato).

SERVIZI RESIDENZIALI

Offrono assistenza 24/24h all'interno delle apposite strutture, di cui alcune sono di tipo socioassistenziale e altre di carattere sanitario. Accolgono soggetti più o meno autosufficienti.

Abbiamo per esempio: residenza sanitaria assistenziale (RSA), struttura a carattere sanitario per pazienti non autosufficienti affetti da patologie croniche o degenerative casa albergo, struttura composta da appartamenti dotati di servizi autonomi che accolgono temporaneamente o permanentemente soggetti autosufficienti.

Casa di riposo, struttura che ospita anziani autosufficienti o parzialmente che non possono essere assistiti dai familiari e vivere nella propria abitazione. Fornisce prestazioni a carattere medico, infermieristico, riabilitativo e sociale.

- SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

Strutture che erogano servizi durante la giornata/notte, e sono i centri diurni, che offrono prestazioni socio-sanitarie. Si accolgono anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti e si attuano programmi di riabilitazione e socializzazione. Esempi di attività motorie personalizzate sono attività ludiche e ricreative (gite, incontri culturali e attività di animazione).

- L'HOSPICE, PER MALATI TERMINALI

Offre le cure palliative, ovvero ricovero e cura per i malati terminali, quindi non indirizzate alla guarigione, ma a diminuire e combattere i sintomi. Forniscono assistenza al paziente, terapia del dolore (attenuare il dolore in ambito psicologico, sociale e spirituale nel tentativo di migliorare le qualità di vita del malato e dei suoi famigliari) e la partecipazione di volontari e diverse figure professionali (medici, infermieri, oss, psicologi e fisioterapisti); le prestazioni (24/24h) sono sanitarie, assistenziali e alberghiere.

- IL RAPPORTO TRA I SERVIZI E I FAMIGLIARI DEGLI ANZIANI

Quando un malato entra in una struttura semiresidenziale o residenziale, gli operatori devono considerare i familiari come parte attiva nel processo di cura; quindi, è opportuno che un operatore diventi il punto di riferimento dei familiari (siccome è anche molto utile per una anamnesi dettagliata dell'anziano). Per coinvolgere il più possibile i parenti nel processo di cura, si attuano dei colloqui periodici con tutti i membri della famiglia.

I caregiver familiari investono moltissime risorse fisiche ed emotive e rischiano di ammalarsi se non hanno quale supporto/sostegno. Essi devono: informarsi sulla malattia che ha colpito il loro parente per capire come affrontarla correttamente e intraprendere un percorso di sostegno psicologico che possa aiutarli ad accettare i cambiamenti dati dalla malattia e ad elaborare la futura perdita. Utile a partecipare anche a gruppi auto-aiuto (i partecipanti condividono le proprie esperienze offrono sostegno tra di essi, inoltre favorisce la socializzazione).

IL SISTEMA PENSIONISTICO

L'INPS è un ente di diritto pubblico che gestisce la liquidazione e il pagamento delle pensioni e delle indennità di natura previdenziale e assistenziale.

Dopo l'abrogazione nel 2011 dell'INPDAP (istituto nazionale di previdenza per i dipendenti della pubblica amministrazione) si è occupato anche di erogare trattamenti pensionistici di fine servizio e rapporto e anche di concessione di prestiti, mutui e borse di studio a favore di dipendenti e pensionati pubblici.

Le prestazioni sono finanziate con i contributi versati dai lavoratori e tutelano i lavoratori in momenti di particolari difficoltà e disagio nella loro vita lavorativa/economica, come disoccupazione, malattia, maternità o mobilità.

La pensione è una prestazione economica mensile che in seguito alla domanda dell'avente diritto viene erogata ai lavoratori dipendenti e autonomi che hanno raggiunto i requisiti contributivi e di età stabiliti dalla legge. L'importo dell'assegno mensile è determinato considerando il periodo durante il quale il lavoratore ha iniziato a versare i contributi. Prima si parlava del sistema retributivo, in base al quale la pensione è rapportata alla media delle retribuzioni degli ultimi anni lavorativi, rivalutate sulla base degli indici ISTAT fissati ogni anno; la pensione era una percentuale dello stipendio e dipende dall'anzianità contributiva. Nel 2012 con la riforma Fornero si è passati dal sistema retributivo al sistema contributivo, cioè l'importo della pensione dipende dall'effettivo ammontare dei contributi versati dal lavoratore nell'arco della sua vita lavorativa. Poiché i contributi dei lavoratori attivi sono utilizzati per pagare le pensioni di chi ha cessato la propria attività lavorativa, sono state necessarie diverse riforme per mantenere in equilibrio il flusso delle entrate con l'ammontare delle uscite.

L'ultima riforma è quella di MONTI-FORNERO: Passaggio dal sistema retributivo al sistema contributivo per tutti i lavoratori, Innalzamento dell'età pensionabile e Abolizione della pensione di anzianità. Pensione di vecchiaia: prestazione corrisposta al lavoratore che abbia raggiunto una determinata età e requisiti contributivi e abbia cessato ogni attività lavorativa. Requisiti anagrafici: (dal 2019) 67 anni. Requisiti contributivi: almeno 20 anni di anzianità contributiva.

SCOPERTE SCIENTIFICHE BELLE EPOCHE

Tra la fine dell'Ottocento e i primi anni del Novecento il progresso tecnologico e le notevoli trasformazioni industriali fecero sì che una buona parte della popolazione abbandonasse le campagne per andare a lavorare nelle industrie. Tutto questo suscitò un senso di fiducia nell'avvenire e si diffuse tra la popolazione l'idea di trovarsi in un'epoca di prosperità e di pace. Per questo motivo venne definita "**Belle Époque**": una "bella epoca" durante la quale si susseguirono importanti scoperte scientifiche e innovazioni tecnologiche. L'espressione è francese perché **Parigi** fu "la capitale" di questa nuova vita. Il clima ottimistico e il sentimento diffuso di un nuovo stile di vita furono

evidenti nell'**Esposizione Universale** di Parigi nel 1900 che perse il suo carattere originario di mostra delle merci prodotte dall'industria, per divenire un'occasione di divertimento. In onore di questa Esposizione, **Gustave Eiffel** costruì la Torre Eiffel in meno di due anni. Tra le tante innovazioni, importanti furono il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie con l'introduzione dell'acqua corrente. In questo periodo, fu inventata da **Thomas Edison** la prima lampadina. E nel frattempo le metropolitane si misero a correre nel sottosuolo di Londra, Berlino, Parigi e furono i primi mezzi di trasporto urbano a disposizione di tutti. Navi di linea collegarono l'Europa con l'America, ma non sempre tutto andò bene, come per il transatlantico **Titanic**. Anche il telefono conobbe una rapida diffusione. Nel 1895 la scoperta fatta da **Guglielmo Marconi** inaugurò l'era della telegrafia senza fili e aprì la strada all'invenzione della radio. I fratelli americani **Wright** si alzarono in volo per quasi un minuto su una sorta di aliante, il Flyer.

SVEVO

Italo Svevo Nasce a Trieste nel 1861 in una famiglia mercantile ebraica, il vero nome è Ettore Schmitz. A 13 anni viene mandato con il fratello in Baviera per imparare il tedesco e la pratica contabile ma inizia ad appassionarsi di nascosto alla letteratura. Al rientro a Trieste, vorrebbe andare a Firenze per perfezionare l'italiano ma il padre si oppone, quindi si iscrive a un istituto commerciale. Tuttavia, dal 1880 collabora con «L'Indipendente» dietro pseudonimo (Ettore Samigli). Inizia a lavorare in banca a Vienna come addetto alla corrispondenza francese e tedesca. Lo considera un lavoro opprimente e per evadere dal lavoro di impiegato, si dedica alla scrittura e pubblica nel 1892 il romanzo *Una vita*, con lo pseudonimo Italo Svevo.

Nonostante non riscuota successo, nel 1898 pubblica, nuovamente a proprie spese, *Senilità*, che come il primo romanzo passa inosservato. Nel 1896 si sposa con la ricca cugina di secondo grado Livia Veneziani. Nel 1889 lascia il lavoro in banca per entrare nella direzione dell'azienda della famiglia della moglie, la fabbrica di vernici sottomarine. Il nuovo lavoro lo porta a viaggiare molto, soprattutto nel Regno Unito. Nel 1905 conosce James Joyce, uno dei più grandi romanzieri europei del Novecento, con il quale diventa amico. Con lo scoppio della Prima guerra mondiale, l'industria del suocero entrò in crisi e Svevo, ormai disoccupato, tornò a dedicarsi alla letteratura.

Dal 1919 in poi comincia a scrivere "*La coscienza di Zeno*", che fu pubblicata, a sue spese, nel 1923, questa volta il libro riscosse un grande successo in tutta Europa, grazie anche a Montale e Joyce. Nel 1928 morì a causa di un incidente stradale.

CONOSCENZA DI ZENO

La coscienza di Zeno non è solo il più famoso romanzo scritto da Italo Svevo, ma anche uno dei romanzi più belli e importanti della letteratura italiana. Con questo romanzo Svevo ci presenta un personaggio nuovo, fuori dagli schemi abituali, Zeno. Nel quarto capitolo della *Coscienza di Zeno* si affronta uno degli episodi più drammatici e amari della sua vita, la morte di suo padre. Zeno non è mai riuscito ad avere un saldo rapporto affettivo con il genitore, soprattutto dopo la morte della madre. Suo padre era una figura troppo opprimente e soffocante; il fumare diventa per Zeno una reazione al suo senso di vuoto e alla mancanza di una figura paterna forte.

La morte del padre appare al protagonista un momento decisivo della sua vita e un passaggio a una nuova età e a nuove responsabilità è come se Zeno simulasse una commozione che non prova ed è come se desiderasse la morte del padre. Ciò introduce nel racconto un elemento di ambiguità: non c'è nulla che intervenga a smentire le affermazioni sospette di Zeno e a ristabilire la verità oggettiva nella scena finale il padre schiaffeggia il figlio prima di morire. Nella sua confusione mentale il padre ha la sensazione che il figlio gli voglia togliere l'aria: inconsciamente avverte cioè la corrente di odio aggressivo che c'è in lui, e lo schiaffo ne è la coerente conseguenza.

Naturalmente il fatto scatena fortissimi sensi di colpa in Zeno che si affanna a protestare la propria innocenza, disperandosi perché la morte del padre gli impedisce ormai di provargliela. Zeno si riappacifica con il padre solo nel momento in cui egli non può più controbattere e spaventare il figlio.

DEPRESSION

Depression is a common and serious illness that affect the body and mind with bad mood and negative thoughts. Symptoms include: being sad and upset, change of appetite, change of sleeping patterns, feeling worthless and useless, loss of energy and loss of interest in basic daily tasks. It is very common among adult women and men, but also young people and the elderly. It can be the consequence of a trauma, a loss, maybe a grief or have no apparent reasons. Anyone can suffer from depression at any stage of life, regardless of their social status, gender and cultural background. Depression is not something to be ashamed of, because it has been taboo for a long time, people have a hard time opening up about mental health and depression. But being depressed, just like having a cold or a fever, is a disease that can be treated. To come out by depression you have to: talk at a therapist, consider the idea of taking specific medication, eat well and exercise and have patience.