

Indice

7	Presentazione
9	Introduzione
27	Bibliografia
29	CAP. 1 Questa è la mia storia...
87	CAP. 2 L'orientamento nel tempo
119	CAP. 3 L'orientamento nello spazio
143	CAP. 4 Il linguaggio
171	CAP. 5 L'attenzione visiva
195	CAP. 6 La gestione del denaro
221	CAP. 7 Le abilità manuali
243	CAP. 8 La logica
267	CAP. 9 La memoria
289	Appendice: letture e soluzioni

Introduzione

Negli ultimi anni si è assistito al fiorire di esperienze ed evidenze scientifiche circa l'utilità di attività tese al mantenimento o al recupero delle funzioni cognitive con particolare attenzione alla memoria. Tuttavia, a fronte di questa molteplicità di offerte manca ancora una uniformità metodologica. È ormai opinione condivisa che solo creando delle basi comuni sull'impiego di strumenti e di metodi sia possibile un confronto fra le diverse esperienze nel campo della riabilitazione cognitiva.

Questo volume nasce dal desiderio di far conoscere e condividere una proposta maturata nel corso degli anni presso il *Centro Regionale per lo studio e la cura dell'Invecchiamento Cerebrale* (CRIC) dell'Università degli Studi di Padova nel quotidiano lavoro con i pazienti affetti da Alzheimer e con i loro familiari.

L'elaborazione e la continua revisione di esercizi specifici, accanto alla raccolta di materiale storico e fotografico, ci hanno spinti a strutturare questo testo che pensiamo possa essere un prezioso aiuto sia per i riabilitatori che operano in questo ambito, sia per i familiari che desiderano aiutare un loro congiunto.

Con questa pubblicazione vorremmo raggiungere non soltanto interlocutori «esperti», ma anche familiari, volontari, assistenti familiari, cioè tutti coloro che si occupano a vario titolo di demenza; abbiamo maturato la convinzione che questi programmi richiedano l'impegno, la continuità e la partecipazione di tutti coloro che a vari livelli interagiscono con la persona malata. Riteniamo quindi molto importante che i programmi di stimolazione cognitiva siano condivisi con i familiari del paziente. In questo modo la stimolazione non si limiterà soltanto al trattamento in ambito istituzionale ma si estenderà anche all'ambito extra-istituzionale garantendo continuità e coerenza metodologica.

Il volume nasce da una sperimentazione sul campo ma non ha la pretesa di apportare novità sostanziali sul piano dei contenuti e delle tecniche impiegate; il suo pregio maggiore è quello di offrire un percorso di riabilitazione, frutto della sintesi e dell'elaborazione metodologica dei più accreditati interventi di stimolazione cognitiva. È uno strumento operativo di utilizzo immediato, articolato in schede semplici, agili e di facile applicazione.

Questa proposta ha anche come obiettivo quello di aprire un dialogo con quanti svolgono la nostra professione (psicologi, educatori, terapisti della riabilitazione, operatori socio-sanitari) per poter confrontare su un terreno comune applicabilità

e utilità delle diverse esperienze. Un primo passo che ci auguriamo possa essere utile a una futura standardizzazione di programmi di attivazione cognitiva.

Il libro è pensato in primo luogo per il paziente con declino cognitivo nelle fasi iniziali e particolarmente per le persone affette da Alzheimer, ma può essere utile anche a tutti coloro che desiderino preservare e allenare le abilità cognitive anche in assenza di patologie specifiche. Nella persona anziana un adeguato esercizio mentale, associato a un appropriato esercizio fisico, contribuisce a mantenere nel tempo buone facoltà di memoria, preservando nel contempo l'autonomia personale.

Il disturbo di memoria degenerativo nella persona anziana

A partire dagli anni Cinquanta il progressivo sviluppo della società e l'allungamento della vita media hanno messo in evidenza importanti problematiche che si correlano all'età anziana. Uno fra i rischi più elevati di patologia è rappresentato dal declino cognitivo e dalla demenza.

La malattia di Alzheimer rappresenta circa il 50% di tutte le forme di demenza. Si stima che in Italia le persone affette da Alzheimer siano oltre 500.000, nella maggior parte dei casi ultrasessantacinquenni.

La demenza di Alzheimer colpisce il sistema nervoso centrale ed è contraddistinta da un esordio insidioso e da una progressione la cui rapidità varia da persona a persona. La durata di vita media, a partire dai primi sintomi clinici, è di circa 10 anni.

Nella maggioranza dei casi il primo sintomo a essere rilevato è il deficit di memoria che, successivamente, si accompagna a una progressiva compromissione di altre competenze cognitive quali il linguaggio, l'orientamento nel tempo e nello spazio, l'attenzione, il ragionamento. Con l'avanzare della malattia compaiono quasi sempre alcune alterazioni del comportamento quali ansia, irritabilità, agitazione notturna, ecc. Vi è, inoltre, un progressivo coinvolgimento anche dello stato funzionale, cioè delle capacità che consentono di compiere le cose di tutti i giorni, dalle abilità più complesse come la gestione del denaro, della casa e dei farmaci, alle attività cosiddette «di base» come il lavarsi, il vestirsi e l'alimentarsi.

La malattia può essere suddivisa in fasi diverse, definite dal graduale aggravamento dei sintomi. All'esordio la persona può mostrare difficoltà sempre maggiori a svolgere una o più delle seguenti attività: imparare e ricordare nuove informazioni, ricordare recenti conversazioni, eventi e appuntamenti, sapere la data, muoversi nello spazio, eseguire compiti complessi, svolgere attività che richiedano numerose azioni, trovare le parole che esprimano ciò che si vuole comunicare e seguire le conversazioni. Inoltre, altri campanelli d'allarme possono essere: collocare oggetti in luoghi inconsueti o inappropriati, mostrarsi stranamente poco riguardosi delle regole sociali di comportamento, essere passivi e non reagire adeguatamente alle differenti situazioni, essere più irritabili e sospettosi del solito, interpretare in modo sbagliato stimoli uditivi o visivi. Il riconoscimento della malattia nella fase iniziale è molto importante per poter intervenire tempestivamente sul piano sia clinico sia sociale.

Quali mezzi abbiamo a disposizione per contrastare il declino cognitivo?

Fino a qualche decennio fa la demenza era considerata una condizione ineluttabile e inevitabilmente legata all'avanzare dell'età. A partire dagli anni Sessanta, però, sono migliorate le tecniche di studio del sistema nervoso centrale e ciò ha consentito una maggiore caratterizzazione clinica di questa patologia e una più raffinata capacità di differenziarne le diverse forme.

La ricerca nel campo delle demenze ha subito una decisa accelerazione nell'ultimo decennio, tuttavia, nonostante progressi significativi, la scienza non dispone ancora di strumenti in grado di arrestare l'evoluzione delle demenze primarie quali, ad esempio, la malattia di Alzheimer. I farmaci attualmente a disposizione consentono di rallentare la progressione della malattia e di alleviarne i sintomi. Va però ricordato che non tutti i pazienti rispondono in modo uguale alle cure: alcuni ne traggono un beneficio molto evidente, altri non rispondono affatto. In generale, la maggior parte dei malati che segue regolarmente le cure mostra una temporanea stabilizzazione dei sintomi.

In questo contesto assumono particolare rilevanza gli approcci non farmacologici attuabili lungo tutto il decorso della malattia: essi consistono nell'impiego di tecniche utili a limitare le conseguenze e a rallentare l'evoluzione della malattia. Gli aspetti clinici della demenza di Alzheimer che possono essere trattati mediante terapia non farmacologica sono molteplici: i deficit cognitivi, quelli sensoriali, i sintomi depressivi, le difficoltà legate allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e i problemi motori.

Anche l'adeguamento dell'ambiente di vita assume per questi malati un valore «terapeutico»: nelle diverse fasi della malattia opportuni accorgimenti possono compensare alcune disabilità e sostenere una relativa autonomia. Inoltre, la tecnologia e i progressi della medicina hanno aperto due nuovi differenti versanti di intervento: il primo riguarda l'impiego di ausili «tecnologici» esterni (come ad esempio, il «neuro page») con lo scopo di compensare una funzione compromessa; il secondo, ancora oggetto di studio, riguarda l'utilizzo della stimolazione magnetica transcranica volta a ridurre il deficit cognitivo mediante la modulazione dell'attività neuronale.

La terapia farmacologica e quella non farmacologica non sono in contrasto fra loro, anzi, il maggiore beneficio si ottiene proprio da una loro applicazione contemporanea e sinergica, unitamente alle opportune modificazioni ambientali.

Le terapie non farmacologiche maggiormente utilizzate

L'obiettivo che accomuna i diversi approcci riabilitativi è quello di migliorare la qualità di vita sia della persona malata, sia di chi se ne prende cura lungo tutto il decorso della malattia.

Esistono metodiche che possono essere impiegate in tutte le fasi della malattia e altre invece indicate solo in momenti specifici.

Alcune tecniche offrono maggiore supporto alla sfera cognitiva (ad esempio, la Stimolazione cognitiva o la Reality Orientation Therapy - ROT), altre invece intervengono maggiormente su quella psico-affettiva (ad esempio, la Terapia di

Reminiscenza). Una delle metodiche su cui si sono effettuati numerosi studi di validità ed efficacia è la ROT; una revisione della letteratura (Spector e Orrell, 2001) ne mette in rilievo i benefici sia a livello cognitivo che comportamentale. Tuttavia, sembra che essi non si mantengano oltre il tempo della cura e che sia quindi necessario sottoporre la persona malata a più cicli di trattamento (Zanetti et al., 1998).

Per quanto riguarda gli altri interventi non farmacologici, quali ad esempio il *riorientamento*, la *rimotivazione*, la *reminiscenza*, gli studi sono ancora troppo scarsi e sono necessarie indagini più accurate dal punto di vista metodologico e sperimentale (Spector et al., 2004). Tuttavia, sono reperibili alcuni risultati incoraggianti come, ad esempio, l'effetto positivo che questo tipo di terapie ha sulle attività della vita quotidiana e, in particolare, l'incremento delle abilità di comunicazione in soggetti con malattia di Alzheimer sottoposti alla Terapia di Reminiscenza (Puentes, 2000).

Una ricerca recente (Farina et al., 2006) ha dimostrato come attività ricreative, stimolanti e piacevoli, che tengano conto di un approccio globale al paziente, abbiano un impatto positivo sulle attività della vita quotidiana e sul livello di stress dei caregiver. Tale impatto appare paragonabile a quello dell'attività di stimolazione mirata all'esclusivo ambito cognitivo.

Gli studi più recenti effettuati nel campo della stimolazione cognitiva su pazienti affetti da degenerazione cerebrale appaiono incoraggianti, pur mettendo in luce l'esistenza di problemi ancora aperti. Queste tecniche si mostrano utili nel contrastare l'impoverimento cerebrale, influenzando positivamente anche sul tono dell'umore e migliorando la gestione della sfera socio-relazionale.

Per una buona riuscita del trattamento è bene che gli obiettivi siano realistici e definiti in modo chiaro, mediante una valutazione globale della persona affetta da demenza. Si dovrà tenere conto non solo della diagnosi, del profilo neuropsicologico e della storia clinica, ma anche della storia personale del paziente e del contesto socio-familiare in cui vive.

In relazione al decorso della malattia, nelle fasi iniziali potranno essere utili:

- *La stimolazione cognitiva*

La stimolazione cognitiva consiste nell'esercizio delle abilità cognitive residue, quelle cioè che la malattia ha, al momento, risparmiato. In linea generale, nelle demenze l'intervento è centrato sull'utilizzo della memoria procedurale e sull'allenamento delle abilità di ragionamento, giudizio, attenzione e prassia. L'obiettivo è quello di contrastare il declino cognitivo e di favorire i meccanismi di compensazione. La persona malata viene inoltre stimolata a sfruttare strategie che la aiutino a memorizzare le informazioni e, in seguito, a recuperarle. Queste tecniche vengono chiamate ausili interni alla memoria.

- *L'introduzione di ausili esterni*

La persona affetta da demenza viene stimolata a usare degli aiuti esterni alla memoria quali: diari, agende, calendari, lavagne cancellabili, suonerie, messaggi vocali. Questi ausili rappresentano un valido sostegno per il malato ed è molto importante che egli ne apprenda l'uso corretto per potersene poi servire nelle fasi più avanzate della malattia.

- *Colloqui di sostegno e psicoterapia*

L'utilità dei colloqui di sostegno e della psicoterapia è controversa. Entrambi possono essere condotti per un periodo più o meno limitato nel tempo in sedute sia individuali, sia di gruppo. Questi interventi sono adatti a persone molto collaborative, con sintomi cognitivi lievi e circoscritti, e che presentano almeno una parziale consapevolezza delle proprie difficoltà. Generalmente hanno lo scopo di migliorare la comprensione e l'accettazione della malattia.

Nelle fasi lievi-moderate della malattia sono maggiormente indicate:

- *Reality Orientation Therapy (ROT)*

È una terapia il cui scopo principale è migliorare l'orientamento nel tempo (stimolando il ricordo del giorno, del mese, dell'anno, delle festività, ecc.), l'orientamento nello spazio (stimolando il ricordo del luogo di un incontro, di percorsi, di riferimenti spaziali, ecc.) e l'orientamento rispetto a se stessi (stimolando il ricordo dei dati anagrafici e della storia personale). Le informazioni relative all'orientamento vengono ripetutamente trasmesse attraverso diverse modalità: visiva, verbale, scritta e uditiva. Esistono due tipologie di intervento che spesso sono attuate contemporaneamente: la *ROT formale* è svolta in una serie ben definita di incontri e viene condotta da operatori specializzati in piccoli gruppi (5 persone al massimo); la *ROT informale* è attuata da personale non necessariamente specializzato e si svolge nell'arco di un'intera giornata: tutte le persone che vengono a contatto con il malato forniscono e ripetono le informazioni utili al suo orientamento.

- *Terapia di Reminiscenza*

Viene considerata un intervento psicosociale, è svolta in un piccolo gruppo e sfrutta la naturale inclinazione dell'anziano a parlare del proprio passato. Ha lo scopo di stimolare le risorse di memoria residue, di aiutare il paziente a differenziare il presente dal passato e di rafforzare il senso di identità personale. Si attua mediante il recupero e la valorizzazione del ricordo di esperienze piacevoli. L'evocazione del ricordo è facilitata da domande e dall'utilizzo di materiale audio-video-fotografico proposto dall'operatore o dal malato stesso.

- *Terapia di rimotivazione*

È una tecnica cognitivo-comportamentale che viene svolta in piccoli gruppi. L'obiettivo è quello di limitare la tendenza del malato all'isolamento, incoraggiando l'interesse per gli eventi esterni e il miglioramento delle abilità sociali e relazionali. Si utilizzano temi di attualità che vengono discussi con l'aiuto dell'operatore; anche in questo caso, la discussione viene favorita dall'utilizzo di materiale audio-video-fotografico. È indicata nei malati che presentano lieve depressione in quanto facilita l'interazione sociale e tende a incrementare il senso di autostima.

- *Terapia occupazionale*

Questa terapia prevede l'applicazione di programmi di rieducazione funzionale e strumentale individualmente o in piccolo gruppo. Gli interventi sono programmati dopo un'attenta valutazione e tengono conto degli interessi, dei passatempi e delle attività svolte in passato dalla persona malata. La terapia occupazionale ha come obiettivi il recupero e il potenziamento delle abilità

funzionali e cognitive residue, e favorisce la socializzazione. Si effettua mediante lo svolgimento di numerose attività quali: cura dell'igiene personale, abbigliamento, cucina, bricolage, ceramica, pittura, giochi di società, attività di sartoria, ecc.

In tutte le fasi della malattia risultano efficaci:

- *Attività motorie*

Molti studi recenti hanno messo in evidenza i benefici di una adeguata e regolare attività fisica (anche semplicemente passeggiare) sul benessere psicofisico generale. In particolare, l'attività fisica è utile per conservare le abilità motorie, stimolare l'appetito e migliorare il ciclo sonno-veglia; sembra inoltre contribuire a ridurre la frequenza dei disturbi comportamentali. Può essere effettuata individualmente o in gruppo e in questo caso ha positive implicazioni anche sulla socializzazione.

- *Gentlecare*

È una modalità di cura protesica messa a punto dalla terapeuta Moyra Jones (2005). Si effettua mediante un intervento di sostegno alla persona definito «intervento protesico sulle ventiquattrore». Elementi fondamentali per questa cura sono le persone che interagiscono con il malato, i programmi e lo spazio fisico. L'obiettivo di questo intervento di sostegno è di compensare le perdite causate dalla malattia e supportare le abilità residue del malato. Personale medico e non medico, programmi e ambiente sono organizzati a tal scopo.

- *Musicoterapia e arteterapia*

Sono modalità di cura con caratteristiche proprie e specifiche, e possono essere effettuate in sedute individuali o di gruppo. Devono essere condotte da operatori con una formazione specialistica. La musicoterapia si prefigge l'obiettivo di favorire l'espressione del soggetto mediante l'ascolto di brani (musicoterapia passiva) o l'impiego di strumenti musicali e della voce (musicoterapia attiva). Si basa soprattutto sulle possibilità di comunicazione non verbale del soggetto. L'arteterapia ha lo scopo di facilitare, in un adeguato setting operativo, la libera espressione del soggetto attraverso la creazione di opere artistiche e lo scambio verbale di vissuti ed emozioni con il conduttore e in seno al gruppo.

Tutti questi approcci terapeutici hanno come effetto il miglioramento dello stato di benessere generale e il controllo dei disturbi comportamentali; facilitano, inoltre, la comunicazione e la socializzazione.

Nelle fasi moderata e severa della malattia trova maggiore utilità:

- *Terapia di Validazione (Validation Therapy)*

La Terapia di Validazione è stata ideata da Naomi Feil (2000) e può essere effettuata sia individualmente sia in piccolo gruppo. Mediante l'ascolto e l'osservazione il terapeuta cerca di conoscere e comprendere la realtà del paziente al fine di creare con lui contatti emotivi significativi. È indicata nei pazienti che si comportano come se stessero vivendo in epoche precedenti della propria vita. L'obiettivo non è quello di riportare il malato alla realtà, ma di entrare in contatto con la sua realtà per comprenderne i sentimenti, le emozioni e i comportamenti. In questo modo si pensa di poter migliorare almeno in parte la qualità della vita nelle fasi più avanzate della malattia.

La Stimolazione cognitiva: basi teoriche ed evidenze scientifiche

L'approccio riabilitativo alle demenze è stato ai suoi esordi oggetto di scetticismo e di poca attenzione, non solo a causa del carattere degenerativo di questo tipo di patologie, ma anche per l'esistenza di basi teoriche e metodologiche troppo generiche e approssimative. Nel corso degli ultimi anni numerose sperimentazioni, unite a maggiori conoscenze riguardo alla malattia, hanno determinato un interesse crescente nei confronti di queste metodiche e hanno portato evidenze sempre maggiori riguardo alla loro efficacia (Clare et al., 2001; De Vreese et al., 2001).

La conoscenza delle potenzialità di cui dispone il cervello riveste una importanza cruciale per la riabilitazione.

La ricerca di questi ultimi anni ha consentito di superare il vecchio concetto secondo cui il sistema nervoso centrale si struttura in modo definitivo nel corso dello sviluppo ed è successivamente incapace di rimpiazzare cellule eventualmente danneggiate. In uno studio del 1998, Eriksson e collaboratori hanno dimostrato per la prima volta che in alcune aree del cervello vi sono cellule nervose «progenitrici» in grado di riprodursi e rimpiazzare neuroni danneggiati. Queste acquisizioni hanno contribuito a dimostrare che anche il cervello della persona adulta è suscettibile di modificazioni e riorganizzazioni.

Altri studi hanno riguardato la plasticità neuronale dimostrando la capacità di riorganizzazione e adattamento cerebrale anche a seguito di lesioni estese (Liepert et al., 1998). La ricerca in tal senso, tuttavia, è stata a lungo proiettata esclusivamente sulle possibilità di recupero del danno conseguente a lesioni focali, mentre sono ancora scarse le conoscenze relative a questi meccanismi nei pazienti con demenza. Sino a non molto tempo fa, infatti, di fronte alle malattie neurodegenerative appariva illogico usare una strategia che facesse leva su questi principi.

Neuroplasticità e riserva naturale del cervello

Nell'ambito della riabilitazione cognitiva del soggetto affetto da malattia neurodegenerativa i concetti di neuroplasticità e di riserva naturale del cervello aprono promettenti prospettive.

La «plasticità» neuronale consiste nella possibilità che le cellule nervose diventino capaci di assolvere determinate funzioni qualora si renda necessario. Ad esempio, in alcuni casi, dopo un ictus cerebrale con perdita della capacità di parlare si verifica un graduale recupero del linguaggio.

Un'ulteriore preziosa risorsa del sistema nervoso è rappresentata dalla «ridondanza»: il numero di cellule nervose di cui il cervello dispone è di gran lunga superiore a quello di cui necessita per espletare le diverse attività. Grazie a questa risorsa il cervello è in grado di sopportare meglio eventuali danni che si possono verificare. Ad esempio, quando si subisce una lesione cerebrale di piccole dimensioni, neuroni che fino ad allora erano stati scarsamente utilizzati sono in grado di sostituire in un breve arco di tempo quelli danneggiati. Allo stesso modo, nel corso del normale processo di invecchiamento, le cellule che muoiono possono essere rimpiazzate da altre, così da preservare il più a lungo possibile la funzione da esse espletata. I neuroni in esubero fungono quindi da «riserva naturale». Per

usare una metafora, essi sono paragonabili a quei giocatori di una squadra di calcio che rimangono in panchina ed entrano in campo solo quando occorre sostituire un compagno infortunato.

È utile precisare che la riserva naturale del cervello è rappresentata non solo dalla quantità in esubero di neuroni (ridondanza), ma anche dal numero delle connessioni fra i neuroni, dalla «forza» di queste connessioni e dalla vitalità dei neuroni stessi.

1. Il *numero di connessioni* fra un neurone e l'altro concorre a determinare le funzioni che il cervello è in grado di svolgere. Una stessa funzione può essere assolta da più circuiti neuronali e questo consente di attivare dei circuiti «alternativi» in caso di danno al circuito principale.

L'attivazione di diversi circuiti neuronali è determinata e favorita dalla ricchezza e dalla varietà degli stimoli a cui si viene sottoposti. Se ne deduce che più una persona si è mantenuta attiva nel corso della vita, più avrà capitalizzato risorse che le consentiranno di fronteggiare eventuali danni. Per raggiungere una meta vi sono generalmente molti possibili percorsi, più grande è il numero di percorsi conosciuti, maggiore è la possibilità di intraprendere «strade alternative», qualora quella abituale non fosse agibile (Boccardi, 2002). Anche la qualità di questi circuiti dipende dal tipo di stimoli a cui si è sottoposti nel corso della vita: ad esempio, il cervello di un pianista è diverso da quello di un matematico.

2. La ricchezza di stimoli cognitivi e il costante esercizio sono inoltre in grado di «rinforzare» le connessioni neurali. Per tornare alla metafora precedente, un percorso sarà tanto meglio tracciato in funzione del numero di volte in cui sarà intrapreso. Si pensi, ad esempio, a quelle attività che pur essendo relativamente complesse, sono state allenate così a lungo da poter essere compiute con un minimo grado di attenzione (ad esempio, allacciarsi le scarpe).
3. L'esercizio è in grado di «fortificare» la cellula nervosa e di mitigarne eventuali danni. Se un neurone danneggiato è connesso ad altri neuroni danneggiati è probabile che muoia, viceversa se il neurone danneggiato è connesso a neuroni vitali e funzionanti, questi saranno in grado di alimentare il neurone leso consentendogli di funzionare più a lungo (Boccardi, 2002). Se ne deduce che l'esercizio mentale può essere paragonato a una sorta di «ginnastica» in grado di modificare la vitalità e l'architettura dei neuroni a qualsiasi età. Attualmente, quella della «riserva naturale del cervello» è una delle ipotesi maggiormente esplorate per supportare i principi su cui si basa la stimolazione cognitiva.

Ruolo protettivo degli stimoli cognitivi e concetto di riserva naturale

Alcuni recenti studi hanno messo in evidenza che determinati stimoli sono in grado di svolgere un ruolo protettivo anche nei confronti del danno biologico degenerativo. A questo proposito, le ricerche di Scarmeas et al. (2001) e Fratiglioni Paillard-Borg e Winblad (2004) hanno mostrato come le attività di svago abbiano un effetto positivo nel proteggere dal decadimento cognitivo.

L'essere occupati in attività piacevoli, oltre che stimolanti, può pertanto contribuire a ridurre il rischio di incidenza di demenza, verosimilmente predispo-

nendo una «riserva» che può ritardare la comparsa delle manifestazioni cliniche del disturbo.

Altri studi (Dartigues, Gagnon e Michel, 1992; Hill, Klauber e Salmon, 1993) hanno inoltre sottolineato che persone con un elevato grado di scolarità, o che svolgono professioni complesse, sono soggette a minor rischio di sviluppare demenza o la sviluppano in epoca più tardiva rispetto ad altri. L'educazione, quindi, potenziando le capacità cerebrali, sembra avere un ruolo protettivo nei confronti delle malattie neurodegenerative come l'Alzheimer.

Per concludere, numerosi studi relativi ai concetti di neuroplasticità e di riserva naturale stanno evidenziando il ruolo protettivo che lo stimolo cognitivo ha nei confronti del danno biologico degenerativo. Queste conoscenze stanno dando un impulso sempre maggiore alla ricerca di interventi mirati al rallentamento degli effetti del deterioramento cognitivo.

La stimolazione delle abilità cognitive ha rappresentato sino ad oggi l'aspetto su cui si è concentrato il maggiore interesse della comunità scientifica proprio perché ha mostrato di poter dare un prezioso contributo nel contrastare la perdita delle abilità residue, con benefici paragonabili a quelli ottenuti mediante la terapia con i farmaci (Spector et al., 2003).

Naturalmente l'esercizio e la stimolazione non saranno in grado di ripristinare le funzioni compromesse da una malattia degenerativa, ma potranno rallentarne il progressivo declino mediante l'ottimizzazione della riserva cognitiva esistente e la promozione di strategie di compenso.

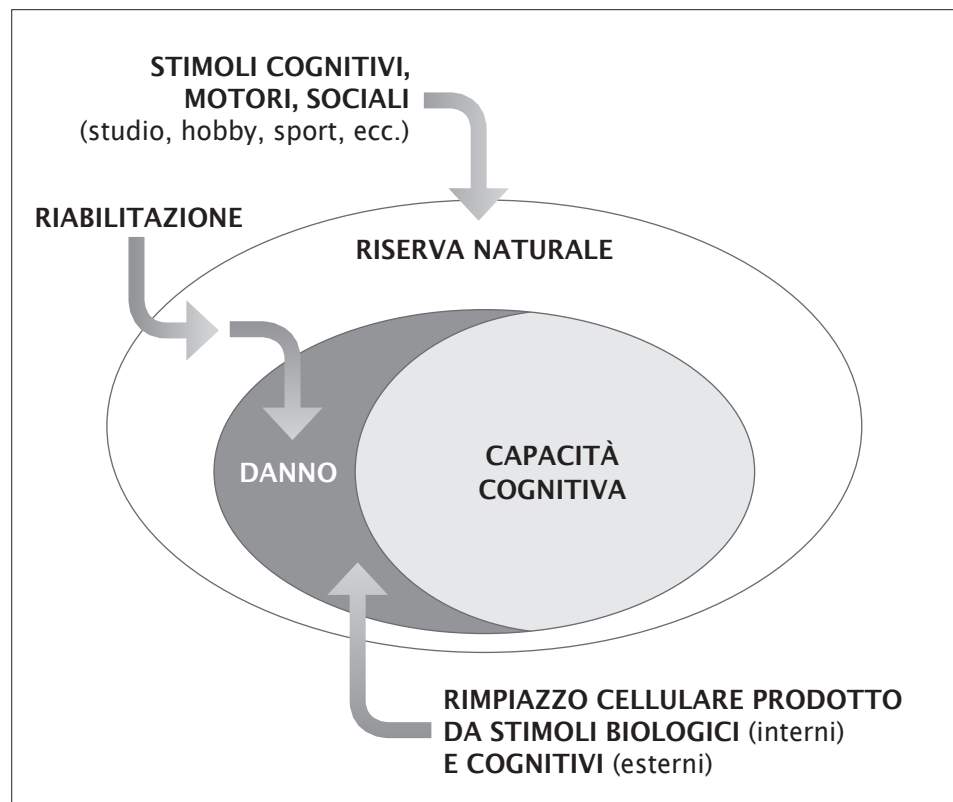


Fig. 1 La neuroplasticità.

Il progetto «riabilitativo»

In questa sezione vorremmo condividere alcune riflessioni sugli elementi che, a nostro avviso, sono più utili a definire il contesto dell'attività riabilitativa.

Gli obiettivi e la programmazione

Innanzitutto ci sembra importante soffermarci sul concetto stesso di riabilitazione il quale, per le caratteristiche di durata e di complessità di una patologia come l'Alzheimer, assume un significato particolarmente esteso e peculiare. La riabilitazione, nel caso del soggetto affetto da demenza, non è volta al recupero o al ripristino di abilità ormai deteriorate, bensì alla ricerca e alla costruzione di un nuovo equilibrio che migliori la qualità di vita della persona malata e di chi se ne prende cura. Questo significa aiutare la persona a rimanere parte del proprio ambito familiare e sociale — compatibilmente con i suoi deficit e le sue disabilità —, potenziando le sue risorse residue e salvaguardando il più a lungo possibile la sua autonomia.

Nella stesura di un programma, il riabilitatore dovrà tenere conto non solo delle caratteristiche cliniche della patologia da cui è affetto il paziente, ma anche dell'esperienza soggettiva che il malato sta vivendo. La proposta terapeutica dovrà quindi essere confezionata «su misura» per quel paziente o per quel gruppo di persone.

Ogni attività svolta con il malato è importante ma al tempo stesso delicata e per questo richiede da parte di tutti i soggetti coinvolti sforzo ed energia. Nel momento in cui si effettua un lavoro in ambito istituzionale, è opportuno salvaguardare l'attività stessa dalla genericità e dall'approssimazione. Perché ciò avvenga è importante costruire un progetto ampio e articolato, all'interno del quale tutte le figure coinvolte, professionali e no, lavorino in sinergia. Ragionare attorno a un progetto aiuta a definire gli obiettivi e i metodi, a calibrarli nel contesto entro il quale si opera, a mettere a fuoco le risorse e gli strumenti di cui si dispone. Il progetto, inoltre, deve essere sottoposto a verifica e poter essere modificato in base agli effetti che produce; esso quindi rappresenta l'unità di misura del cambiamento nel tempo.

Il punto di partenza

Il programma riabilitativo che presentiamo in questo volume è il frutto dell'elaborazione di alcune delle tecniche di cui abbiamo parlato in questa introduzione: Stimolazione cognitiva, Reality Orientation Therapy, Reminiscenza e Rimotivazione, cui si aggiunge l'attività di animazione socio-educativa. Le diverse tecniche sono state personalizzate e articolate fra loro in modo da ottenere un percorso in grado di garantire coerenza, continuità e reciproco potenziamento fra le attività.

Ciò che ha ispirato le diverse attività che presentiamo è stata l'esigenza di coniugare sempre gli aspetti cognitivi della riabilitazione con quelli più squisitamente psicologici e sociali. L'intervento, a nostro parere, non deve essere mirato solo al

deficit, ma alla persona nella sua globalità. Al centro della cura è stata infatti posta la persona malata, nella sua «totalità» di soggetto, da conoscere e valorizzare.

La seduta di stimolazione cognitiva è stata considerata anche come «spazio e tempo» entro cui la persona malata dice di sé con i propri mezzi e con le proprie risorse e all'interno della quale costruisce relazioni con l'operatore e con gli altri partecipanti. L'aspetto relazionale è stato particolarmente valorizzato, in quanto abbiamo constatato come la possibilità di attivare contatti stimolanti con l'ambiente sociale influisca positivamente sul tono dell'umore, con ricadute positive sugli aspetti cognitivi.

La formazione del team

La definizione di un buon progetto porta innanzitutto a formare un team, una «squadra» nella quale si incontrano competenze e professionalità differenti e dove ciascuno può raccordare il proprio lavoro con quello altrui, pur mantenendo la specificità per quanto riguarda ruolo e ambito professionale. Un buon lavoro di squadra è un presupposto indispensabile per la riuscita del progetto, più elementi ne fanno parte, maggiore è la forza in campo. La condivisione e lo scambio di informazioni e di idee aiutano inoltre a promuovere e a sostenere la motivazione e la creatività, requisiti essenziali per realizzare efficacemente un compito di questo tipo.

La condivisione del progetto

Per garantire continuità di cura e coerenza metodologica, il riabilitatore dovrebbe poter collaborare con tutti coloro che interagiscono con la persona malata. Il progetto riabilitativo dovrebbe quindi essere condiviso con tutte le altre figure professionali e con la famiglia del paziente. Mediante la costruzione e la condivisione di un progetto comune, si ha la possibilità di promuovere una «cultura» della riabilitazione che può così trasformarsi da semplice obiettivo a «modus operandi». Un risultato positivo per la persona si ottiene solo quando gli obiettivi sono chiari e condivisi all'interno di un progetto unitario.

Gli strumenti di valutazione

Nel momento in cui viene effettuata una attività riabilitativa a livello istituzionale, sarebbe importante prevedere degli strumenti di misura utili a comprenderne approfonditamente gli effetti. Potranno essere esplorate le funzioni cognitive e aspetti più generali quali l'autonomia, la qualità di vita, la socializzazione e il tono dell'umore.

Il malato non è soltanto il destinatario di prestazioni ma è «persona» portatrice di una propria storia, di propri desideri e aspirazioni e di un proprio modo di esperire la progressione della propria malattia. Questo dovrebbe indurre il riabilitatore a volgere lo sguardo ben oltre il risultato dei test. «Conoscere» la persona malata offre preziose chiavi di lettura riguardo al suo comportamento e aiuta ad arricchire di senso le diverse proposte operative. Non si può quindi prescindere dalla conoscenza della persona malata e del suo contesto familiare e sociale. In tal

senso sono preziose le informazioni riguardanti la storia passata, quella presente, l'impatto che la malattia ha sulla vita di tutti i giorni, le abitudini nella vita quotidiana, le difficoltà e le frustrazioni del soggetto.

La capacità di osservare la persona all'interno di questo quadro operativo, registrando nel corso delle sedute il suo comportamento, la sua capacità di attivare o modificare strumenti comunicativi, relazionali e operativi, aiuta l'operatore a cogliere indici di cambiamento che i test potrebbero non rilevare. Queste informazioni sono preziose perché permettono non solo di definire meglio le proposte, ma anche di individuare quali siano, per ogni soggetto, le condizioni operative più favorevoli.

L'attitudine dell'operatore

Come già precisato, è utile tenere presente che l'attività di stimolazione non si svolge in un terreno neutrale, ma all'interno di una dinamica relazionale che riguarda sia i pazienti che gli operatori. In questo ambito vengono messe in gioco, oltre a competenze cliniche e tecniche, anche competenze comunicative, relazionali e introspettive. Tutti aspetti che purtroppo sono ancora poco considerati nella formazione del terapeuta della riabilitazione.

La persona malata inevitabilmente evoca nell'operatore sentimenti ed emozioni. Essere in possesso di strumenti minimi per acquisire consapevolezza delle emozioni che si provano aiuta a comprendere e a gestire meglio gli effetti che esse producono. Una buona padronanza di sé consente, in ambito professionale, di coniugare il rigore metodologico con una buona qualità della relazione.

Il ruolo dei familiari

La famiglia del paziente rappresenta nella maggior parte dei casi la principale risposta assistenziale ai bisogni del malato; offrirle una adeguata formazione e informazione non è quindi solo importante, ma è anche doveroso. Il familiare ha il diritto di ricevere informazioni e strumenti che lo aiutino a sentirsi riconosciuto nel suo ruolo di cura e che lo mettano in condizione di sapere, di capire e di agire con il malato nella maniera più appropriata. Il coinvolgimento della famiglia nel percorso di riabilitazione, inoltre, fa sì che il paziente, una volta rientrato a casa, possa trovare continuità di cura e coerenza metodologica. In questo modo i benefici della riabilitazione potranno durare più a lungo nel tempo.

Indicazioni per l'utilizzo del volume in ambito istituzionale

Il volume si presta a un utilizzo flessibile e può essere adattato a differenti modalità di impiego: nel lavoro in gruppo o individuale, in forma esclusivamente orale o scritta o entrambe. Molte schede possono essere modificate, approfondite o ampliate, e rappresentare una traccia per l'elaborazione di nuove proposte. Nel caso in cui si operi all'interno di una casa di riposo, e il trattamento si protragga a lungo nel tempo è possibile creare ulteriori elaborazioni successive del materiale.

L'operatore potrà quindi estrapolare le proposte e confezionare i protocolli più indicati alla tipologia di utenti e al contesto entro cui opera.

Individuare gli utenti

Nella selezione degli utenti è molto importante verificare la disponibilità del malato e della famiglia a partecipare al trattamento (individuale o di gruppo). Infatti, ci sembra utile ricordare che in alcuni casi il malato, di fronte alla proposta di prendere parte a un programma di stimolazione cognitiva, pone una certa resistenza e diffidenza, mostrando timore ad affrontare qualcosa che non conosce. Questo tipo di atteggiamento è comprensibile e superabile nelle prime fasi del lavoro; abbiamo, infatti, riscontrato che riservare del tempo per rafforzare il rapporto porta il malato e i suoi familiari ad avere una maggior fiducia nel programma terapeutico proposto. Al contrario, atteggiamenti di deciso rifiuto innescano reazioni oppositive controproducenti sia per lo stesso malato, sia per il resto del gruppo. È utile ricordare che molto spesso le persone affrontano questo tipo di attività con ansia e preoccupazione. Abbiamo constatato, a questo proposito, quanto sia importante creare sin dal primo momento una atmosfera distesa e non giudicante e favorire solidarietà e coesione all'interno del gruppo. La persona dovrebbe avere la possibilità di vivere questa esperienza con piacere, ricavandone quasi immediatamente una sensazione di beneficio. Perché ciò possa avvenire, il rigore metodologico con il quale viene condotta la seduta dovrebbe sempre essere mediato da una buona qualità della relazione espressa mediante una scrupolosa attenzione all'affettività e all'emotività di ciascuno. L'operatore dovrà essere attento a scalzare tutto ciò che può creare inibizione o imbarazzo. Questi sentimenti, infatti, potrebbero ostacolare i processi di memorizzazione e demotivare la persona a prendere parte alle sedute.

Organizzazione delle attività

Le attività proposte sono indicate per pazienti nello stadio lieve e moderato della malattia e possono essere svolte sia individualmente, sia in piccolo gruppo (minimo 3, massimo 5 persone). I gruppi andrebbero formati sulla base di un approfondito esame che valuti:

1. l'omogeneità del livello di deterioramento cognitivo;
2. l'assenza di gravi deficit attentivi, visivi, uditivi;
3. l'assenza di rilevanti disturbi del comportamento;*
4. la disponibilità del soggetto a partecipare.

È importante che le attività vengano svolte in un luogo informale, confortevole, privo di elementi che possano richiamare un contesto sanitario e ospedaliero. La

* Questo aspetto dovrebbe essere valutato con attenzione di volta in volta, in quanto non tutti i disturbi del comportamento hanno un impatto diretto sulle attività di stimolazione cognitiva (ad esempio, i disturbi del sonno e dell'alimentazione). Altri disturbi del comportamento, se presenti, dovrebbero comportare l'esclusione del paziente dal programma riabilitativo (ad esempio, marcate forme di agitazione, aggressività, disinibizione). Infine, vi sono altri disturbi del comportamento che possono essere attenuati o addirittura risolti con la partecipazione ad attività di stimolazione cognitiva soprattutto se in gruppo (è il caso di lievi forme di apatia, inerzia e depressione).

stanza dovrebbe avere dei richiami utili all'orientamento nel tempo e nello spazio (ad esempio, un orologio, un calendario dettagliato, carte geografiche, indicazioni relative al luogo). È importante che vi sia una lavagna cancellabile sulla quale proporre gli esercizi o effettuare delle annotazioni.

L'attività dovrebbe essere condotta da diverse figure professionali quali, ad esempio, il terapeuta occupazionale, il logopedista, l'educatore professionale; ciò infatti consente di tradurre e filtrare attraverso ogni singola specificità professionale i principi e i contenuti delle diverse proposte, rendendo l'approccio multidimensionale.

Per tarare le proposte sulle effettive capacità della persona e per monitorare l'efficacia dell'intervento, sarebbe importante prevedere una valutazione, sia neuropsicologica, sia funzionale, da somministrare prima e dopo il trattamento.

Gli obiettivi del trattamento andrebbero sempre condivisi con la famiglia del paziente; inoltre, al familiare dovrebbero essere dati strumenti operativi utili a ottimizzare e a mantenere più a lungo possibile i benefici che esso produce. Ad esempio, sarebbe importante prevedere un incontro iniziale con lo scopo di presentare la struttura e il suo team, introdurre il programma e spiegarne le finalità. Potrebbe essere utile assegnare a ogni paziente un quaderno in cui inserire di volta in volta il lavoro eseguito. Nel corso dell'attività, il quaderno rappresenta un mezzo per mantenere il collegamento tra la famiglia e la struttura. Il quaderno permette ai familiari di monitorare giornalmente l'attività del loro congiunto, anche in assenza di un contatto quotidiano con i riabilitatori. Alla fine del programma, potrebbe invece essere utile un incontro individuale (familiare, paziente, team riabilitativo) per effettuare una restituzione sul lavoro svolto e fornire indicazioni dedicate ad ogni singolo caso.

Il programma può essere intensivo (con cadenza quotidiana) o estensivo (2 o 3 volte la settimana), il numero totale di sedute può variare a seconda del contesto entro cui si opera. Per avere una certa efficacia, è opportuno che le sedute siano almeno 15.

Alcune indicazioni per l'utilizzo del capitolo «Questa è la mia storia...»

Queste schede, somministrate nell'ordine presentato, consentono di intraprendere una sorta di «viaggio ideale» che inizia dal passato e piano piano, toccando le tappe principali della vita, arriva sino all'attualità, al presente.

I temi trattati iniziano dall'infanzia, percorrono l'età della giovinezza, della maturità, della saggezza e si concludono con approfondimenti e considerazioni inerenti la vita presente. Per facilitare l'evocazione e l'esposizione di queste esperienze, si utilizzano nella conversazione le domande guida contenute nel testo, messe a punto per ciascun argomento (solo in un secondo momento sarà data anche la traccia scritta).

È utile aiutare ogni partecipante a soffermarsi sui ricordi e sulle esperienze positive in relazione al tema trattato.

L'operatore cercherà di puntualizzare i dettagli spazio-temporali e di agevolare la ricerca di differenze, similitudini e connessioni con il contesto storico, sociale e politico di riferimento. Come ulteriore stimolo si avvarrà del potere evocativo del

materiale fotografico che correda ciascuna scheda; tale materiale potrà essere arricchito da foto personali. L'operatore avrà cura di affrontare le tematiche più dolorose (ad esempio, quelle legate alla guerra o alla perdita di persone care) con tatto e partecipazione. Il messaggio di fondo dovrà essere il più possibile positivo e costruttivo, cercando di recuperare sempre il senso esistenziale. L'obiettivo di questo percorso è quello di recuperare la storia personale e aiutare la persona a differenziare il passato dal presente, valorizzando l'esperienza e l'unicità del vissuto di ognuno.

È però necessario evitare di soffermarsi soltanto sulle esperienze passate; ciò infatti, oltre che risultare riduttivo, rischierebbe di rinforzare la naturale tendenza delle persone anziane a sentirsi protagoniste solo di questo periodo di tempo.

Gli ultimi temi trattati rivestono particolare importanza, in quanto riportano la persona al presente.

Queste attività offrono all'operatore l'opportunità di approfondire la conoscenza dei pazienti, e sono molto utili per creare un clima di confidenza e di fiducia, indispensabile per stimolare la loro motivazione. Queste «conversazioni» garantiscono inoltre ai pazienti uno spazio di parola all'interno del quale comunicare e condividere con altri coetanei la propria esperienza. Ripercorrere la propria storia di vita rappresenta per molti di loro un prezioso momento di «raccolta», utile a contrastare il vissuto di «perdita» che la malattia genera. Inoltre, ciò contribuisce a restituire il senso di identità così spesso indebolito dalla demenza.

Le schede compilate possono essere raccolte in un quaderno formando così una sorta di diario personale che consenta alla persona di recuperare in ogni momento il filo della propria esistenza. In varie occasioni abbiamo potuto riscontrare quanto questo «elaborato» sia gradito non solo al paziente, ma anche ai familiari. Esso costituisce, infatti, la traccia per approfondire — anche una volta terminato il programma di stimolazione — ogni singolo argomento, integrandolo con altri particolari. «Questa è la mia storia...» fornisce lo schema su cui stendere un diario quotidiano e offre argomenti di conversazione nei quali la persona ha l'opportunità di sentirsi protagonista, portatrice di un bagaglio esperienziale e culturale oltre che di una storia unica e irripetibile.

A questo proposito l'appendice contiene storie, racconti, tradizioni e leggende suddivise per ciascun mese dell'anno, che possono servire come spunto per approfondire tematiche legate al passato e ai ricordi della persona.

Sempre nell'appendice si possono trovare alcune delle soluzioni ai quesiti più complessi delle varie attività.

Il diario-agenda: «Da oggi in poi ti parlerò ogni giorno»

Proseguimento ideale a questo percorso è l'utilizzo del diario-agenda personale che va riproposto alla fine del ciclo come attività da continuare a casa o in reparto. In questo modo il «filo» creato con la stesura del diario non sarà spezzato e le abilità acquisite «a dire di sé» e a utilizzare la penna saranno valorizzate appieno e mantenute nel tempo.

Accogliendo il suggerimento di uno dei nostri pazienti, questa parte è stata chiamata «Ti parlerò ogni giorno». Si tratta di una sorta di diario-agenda sempli-

ficato e guidato dove la persona può annotare impegni, appuntamenti e ricorrenze, ma anche il bilancio della giornata trascorsa, le persone incontrate e le proprie impressioni.

Durante l'attività non si deve tener conto degli errori di ortografia in quanto l'obiettivo principale è stimolare l'espressione personale dei propri ricordi e vissuti.

Questo semplice strumento, che prosegue in modo ideale il lavoro svolto fino a questo momento, costituisce per molti pazienti un efficace ausilio esterno alla memoria.

Alcune indicazioni per l'utilizzo delle schede operative

Gli esercizi proposti sono utili per supportare diverse abilità cognitive: orientamento nel tempo, orientamento nello spazio, fluency verbale, attenzione visiva, gestione del denaro, prassie, funzioni logiche, funzioni mnestiche. È necessario aprire una parentesi per precisare che, nel volume, le differenti funzioni cognitive sono state suddivise in grandi aree. Questo serve per dare un indirizzo generale, utile a facilitare il lavoro del riabilitatore, anche se in realtà ogni singolo esercizio richiede l'impiego di più funzioni. Le schede pensate per la stimolazione del linguaggio, ad esempio, non stimolano solo ed esclusivamente questa abilità ma richiedono anche l'impiego dell'attenzione, della logica, della memoria, ecc.

Si è cercato, inoltre, di strutturare le differenti proposte in modo tale da rendere quanto più possibile «ecologica» la metodologia di lavoro; infatti molti esercizi rispecchiano situazioni di quotidianità.

Per ogni scheda è stato indicato il grado di difficoltà: l'esercizio può essere facile (1 pallino), di media difficoltà (2 pallini) oppure difficile (3 pallini). Questa classificazione consente di seguire una progressione, ma anche di selezionare in modo omogeneo esercizi idonei al diverso grado di compromissione cognitiva del paziente. In generale, la difficoltà degli esercizi dovrà essere tale da stimolare le abilità del soggetto, senza però provocare in lui sentimenti di frustrazione o umiliazione.

Una modalità di somministrazione che abbiamo sperimentato come efficace consiste nel presentare la scheda riprodotta sulla lavagna o su un cartellone prima al gruppo e, solo in un secondo momento, al singolo paziente. Almeno nelle prime fasi, riteniamo utile accentuare l'aspetto ludico dell'attività e, a questo scopo, alcune schede si prestano più di altre a creare un clima dinamico con turni rapidi di risposta. In questo modo si limitano i tempi di attesa che possono provocare ansia o noia. È importante che l'operatore faccia in modo che ogni paziente abbia la possibilità di intervenire, chiamando la persona per nome quando è il suo turno, avvicinandosi a lei, mettendole una mano sulla spalla, facendola sentire a suo agio... Se qualcuno mostra particolari difficoltà, è importante aumentare il numero di suggerimenti per consentirgli di dare sempre la risposta corretta. Ogni successo dovrà essere enfatizzato e valorizzato.

In un secondo momento, la stessa scheda può essere proposta anche individualmente: in questo modo il paziente potrà eseguirla con maggiore facilità avendo già preso dimestichezza con il compito. L'aspetto didattico viene quindi

enfaticizzato solo dopo che la persona ha acquisito familiarità con l'attività, in un contesto di gruppo.

L'attività di scrittura è molto importante perché coinvolge molte abilità: la capacità di strutturare il pensiero, la logica della composizione linguistica, la capacità di ordinare cronologicamente gli avvenimenti della propria storia, la capacità critica, la coordinazione dei movimenti per eseguire un certo atto (prassia), la coordinazione oculo-manuale.

Il completamento individuale delle schede è supervisionato dall'operatore che può dare alcune facilitazioni tenendo conto delle risorse del paziente e della sua capacità di tollerare la frustrazione.

Lavorando con persone affette da malattia di Alzheimer è particolarmente importante applicare il principio dell'«apprendimento senza errori» (Wilson et al., 1994) che consiste nell'evitare che la persona proceda per tentativi ed errori qualora non conosca la risposta. In questo modo, infatti, il soggetto non corre il rischio di fissare nella sua memoria l'errore anziché la risposta corretta. Meglio fornire brevi passaggi successivi, utili a far sì che la persona possa sicuramente giungere senza errori alla risposta corretta. Ad esempio, se un paziente ha difficoltà a ricordare il nome del riabilitatore, non lo si lascerà indovinare, ma si suggeriranno indicazioni sempre più precise perché possa evocarlo («Si chiama come il nome di un fiore, fiorisce a maggio, ha le spine, comincia con la lettera R...»).

Indicazioni per l'utilizzo del volume a casa

Il presente manuale può essere utilizzato anche a casa da familiari, assistenti familiari e volontari desiderosi di acquisire proposte operative utili alla stimolazione cognitiva della persona malata.

Come si avrà modo di precisare in seguito, il contesto in cui si propone l'attività di stimolazione cognitiva in ambiente domestico è naturalmente diverso rispetto a quello istituzionale. A domicilio il malato, aiutato da chi lo assiste, si confronta in modo diretto con i propri limiti e non può condividere le difficoltà con altri malati. Per questo motivo è particolarmente importante che l'attività venga proposta come un'occasione utile per mantenere «in forma» la mente, e non come «compito scolastico» da sottoporre a giudizio o al quale dare una valutazione. Se il malato non comprende il senso o l'utilità di ciò che gli viene proposto o ne ricava frustrazione e sconforto, difficilmente si impegnerà a farlo: in tal caso è controproducente insistere. È importante evitare di sottolineare gli errori perché la persona potrebbe scoraggiarsi, irritarsi e rifiutare l'attività. Un atteggiamento incoraggiante e gratificante è, invece, in grado di fare leva sulla motivazione. In generale, il livello di stimolazione cui attenersi è quello che consente di mantenere il più possibile attive le varie funzioni cognitive senza però che la persona venga oppressa da richieste stressanti. Se l'attività proposta si rivelasse troppo difficile, si dovrà modulare l'aiuto fornendo via via maggiori indicazioni. La persona dovrebbe sempre ricavare dall'attività che svolge una sensazione di competenza e soddisfazione; perché ciò accada è importante consentirle di giungere sempre alla risposta corretta.

Il paziente anziano ha spesso poca familiarità con la penna, per questo teme di sbagliare e quindi prova imbarazzo o vergogna nell'affrontare la parte scritta del lavoro. Sarà quindi particolarmente utile rassicurarlo, sdrammatizzare e ignorare gli errori di ortografia.

Al fine di aumentare le probabilità che l'attività diventi a poco a poco un'abitudine quotidiana è utile proporla in un modo accattivante e piacevole ponendo la persona al sicuro dal rischio di insuccesso.

A questo proposito, sarà utile:

- scegliere un luogo tranquillo, silenzioso e bene illuminato;
- individuare il momento della giornata più favorevole per lo svolgimento dell'attività, dedicandovi inizialmente anche solo pochi minuti (10/15) e, successivamente, aumentando gradualmente sino ad arrivare alla mezz'ora;
- nel limite del possibile mantenere tutti i giorni lo stesso orario.

Alcuni suggerimenti per l'utilizzo di «Questa è la mia storia...»

Le schede relative a questa parte del testo seguono una progressione che è importante rispettare. Il familiare, grazie alla conoscenza del proprio congiunto, potrà meglio di chiunque altro aiutarlo a ricordare e a mettere in sequenza i diversi eventi. È preferibile affrontare sempre un argomento per volta, in un primo momento lasciando che la persona ne parli liberamente (eventualmente aiutata da domande o puntualizzazioni utili a mantenere la traccia dell'argomento), e solo successivamente redigendo la parte scritta. Le schede offrono degli spunti che aiutano a tracciare un percorso di vita, facendo diventare il soggetto stesso l'autore di questo «romanzo». Le diverse tematiche possono essere riprese, approfondite e arricchite con foto personali e documenti dell'epoca, diventando così lo stimolo per un'appassionante attività che può durare a lungo nel tempo. La stesura e la condivisione del diario possono avere inoltre importanti implicazioni in quanto aiutano a rafforzare i legami familiari e diventano uno spunto per facilitare la comunicazione. Ogni scheda relativa a questa parte del manuale può rappresentare, infatti, un'opportunità per conversare.



OGNI COSA AL SUO POSTO...

Completi le seguenti frasi.

Esempio: Ripongo sempre le chiavi _____ *sul piattino nell'ingresso*

Ripongo sempre gli occhiali _____

Ripongo sempre le pantofole _____

Ripongo sempre il mio tesserino sanitario _____

Ripongo sempre il mio orologio _____

Ripongo sempre il mio giornale _____

Ripongo sempre la mia collana _____

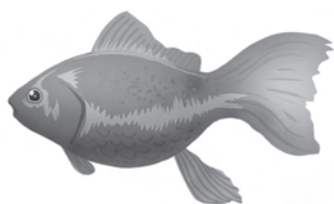
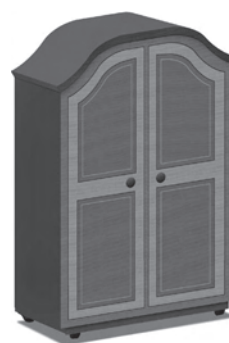
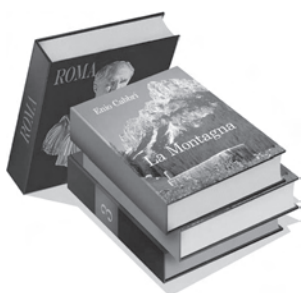
Ripongo sempre la mia carta d'identità _____

Ripongo sempre il mio portafoglio _____

Ripongo sempre le mie medicine _____

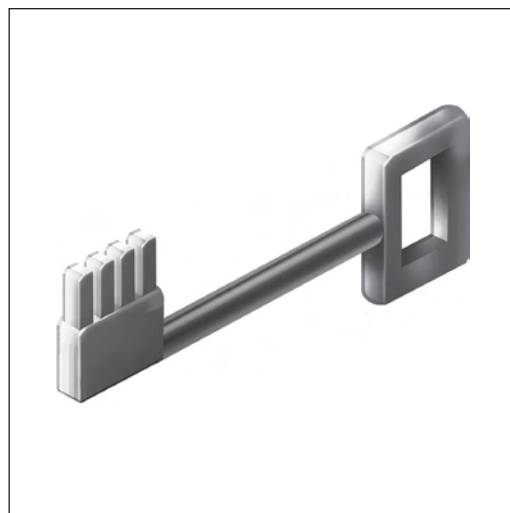
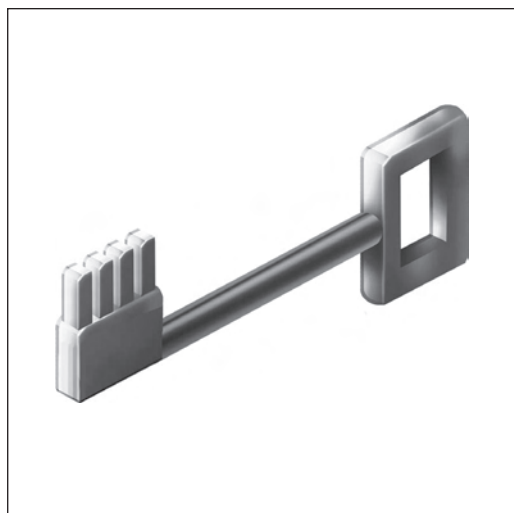
OGNI COSA AL SUO POSTO

Colleghi con una linea ogni oggetto al proprio contenitore.



DESTRA O SINISTRA?

Esegua le istruzioni scritte sotto ogni coppia di immagini.



Fare un segno sulla chiave a sinistra.



Fare un segno sul cappello a destra.

DESTRA O SINISTRA?

Esegua le istruzioni scritte sotto ogni coppia di immagini.



Fare un segno sul telefono di sinistra.

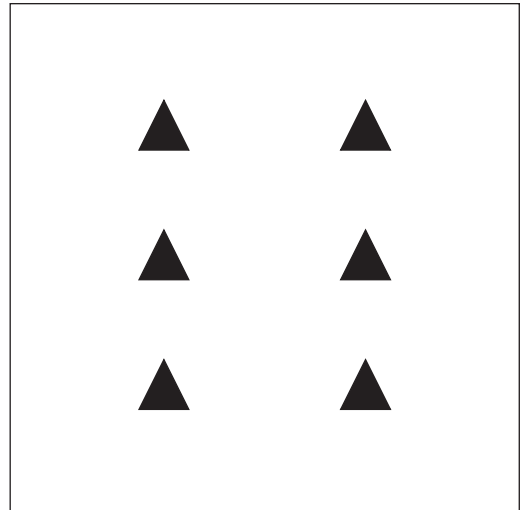
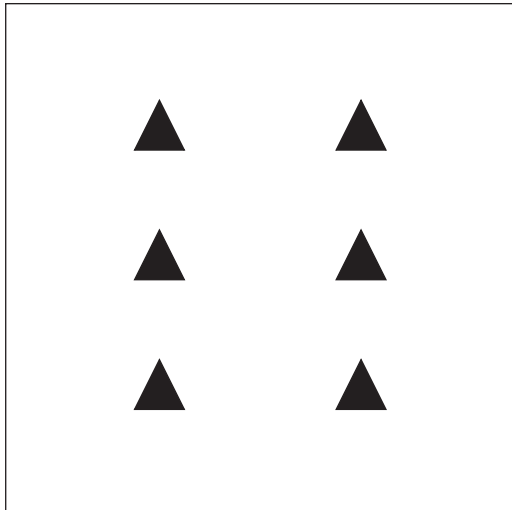


Fare un segno sul cane di destra.

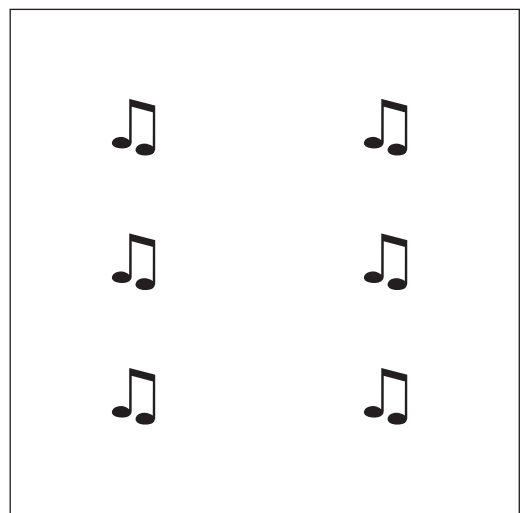
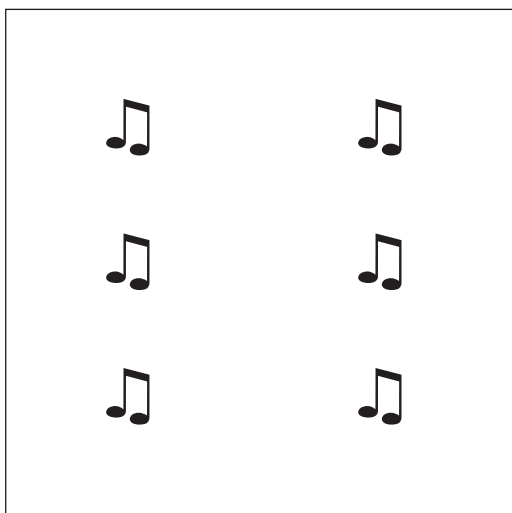


DESTRA O SINISTRA?

Esegua le istruzioni scritte sotto ogni coppia di caselle.



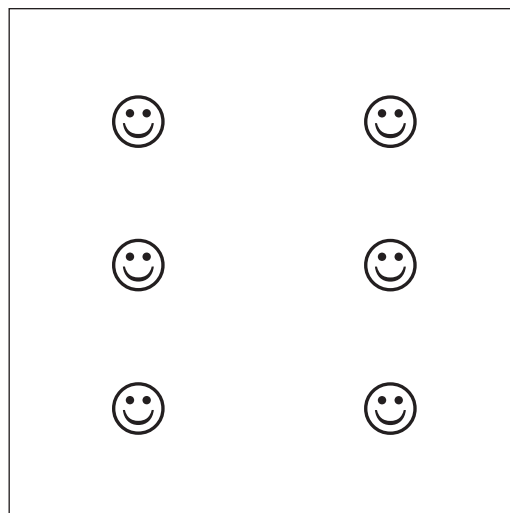
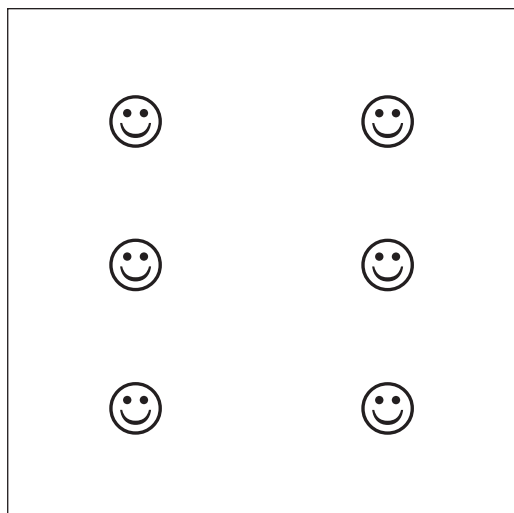
Nella casella a sinistra indicare solo i simboli nella prima colonna.



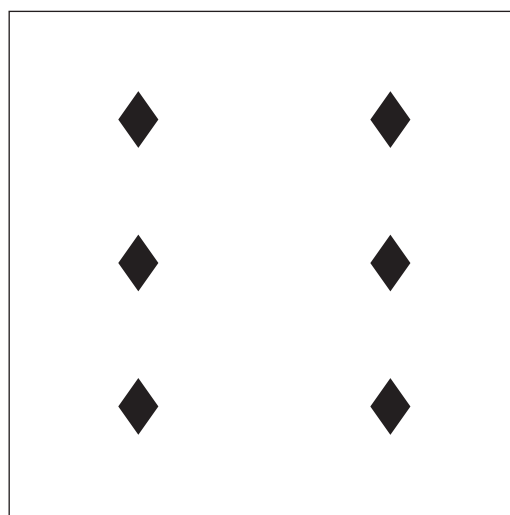
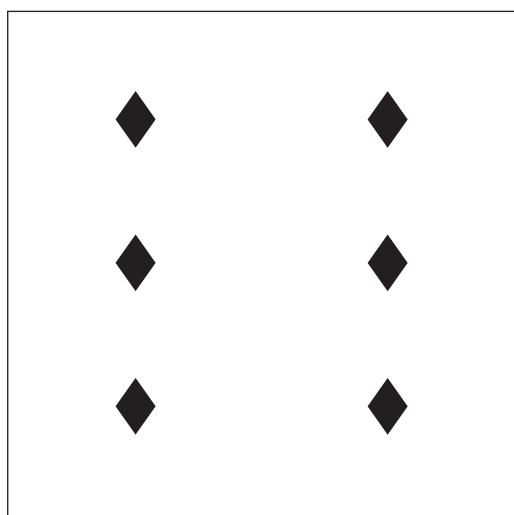
Nella casella a destra indicare solo i simboli nella seconda colonna.

DESTRA O SINISTRA?

Esegua le istruzioni scritte sotto ogni coppia di caselle.



Nella casella a sinistra indicare il secondo simbolo nella prima colonna.



Nella casella a destra indicare il primo simbolo nella seconda colonna.



DESTRA O SINISTRA?

Esegua le istruzioni scritte sotto ogni coppia di caselle.

D	D
A	A
S	S

D	D
A	A
S	S

Nella casella a sinistra indicare la lettera **A** nella colonna di destra.

P	P
F	F
L	L

P	P
F	F
L	L

Nella casella a destra indicare la lettera **P** nella colonna di sinistra.

DESTRA O SINISTRA?

Esegua le istruzioni scritte sotto ogni coppia di caselle.

Q	Q
R	R
U	U

Q	Q
R	R
U	U

Nella casella a destra indicare la lettera R nella colonna di destra.

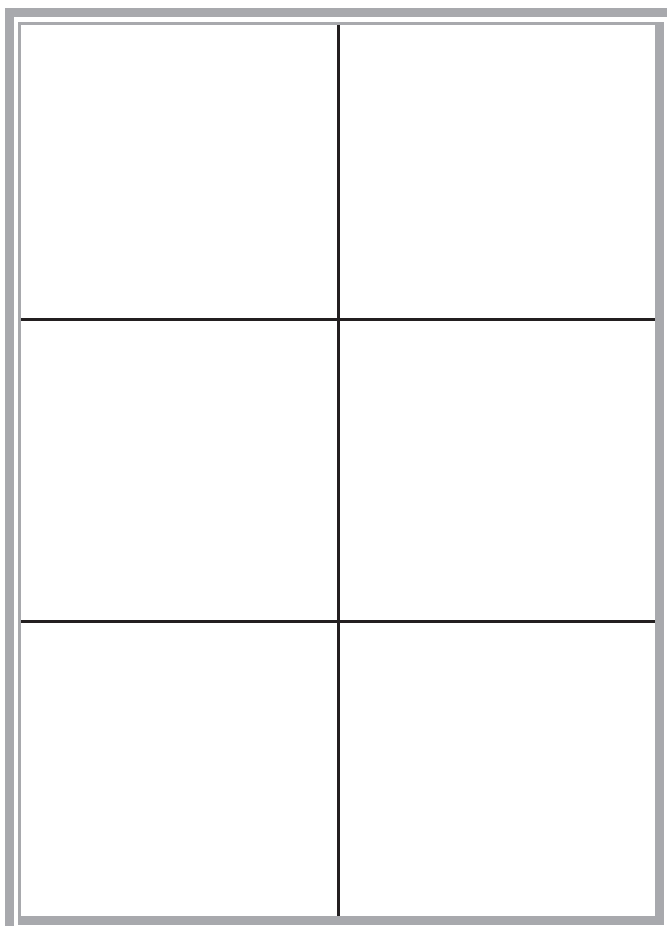
A	A
8	8
G	G

A	A
8	8
G	G

Nella casella a sinistra indicare solo le lettere nella colonna di sinistra.

LA DISPENSA

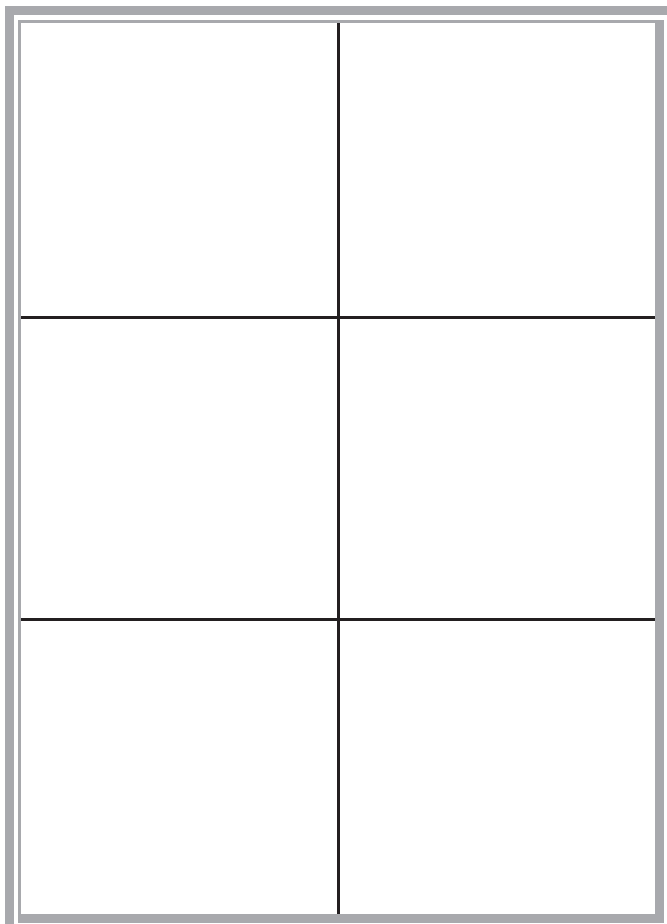
Inserisca gli oggetti al posto giusto seguendo le consegne.



- Metta l'oliera nel primo ripiano in basso a destra.
- Metta la bottiglia nel terzo ripiano in alto a sinistra.
- Metta la lattina nel secondo ripiano a sinistra.
- Metta la torta nel primo ripiano in basso a sinistra.
- Metta il vasetto di marmellata nel terzo ripiano in alto a destra.
- Metta lo zucchero nel secondo ripiano a destra.

L'ARMADIO

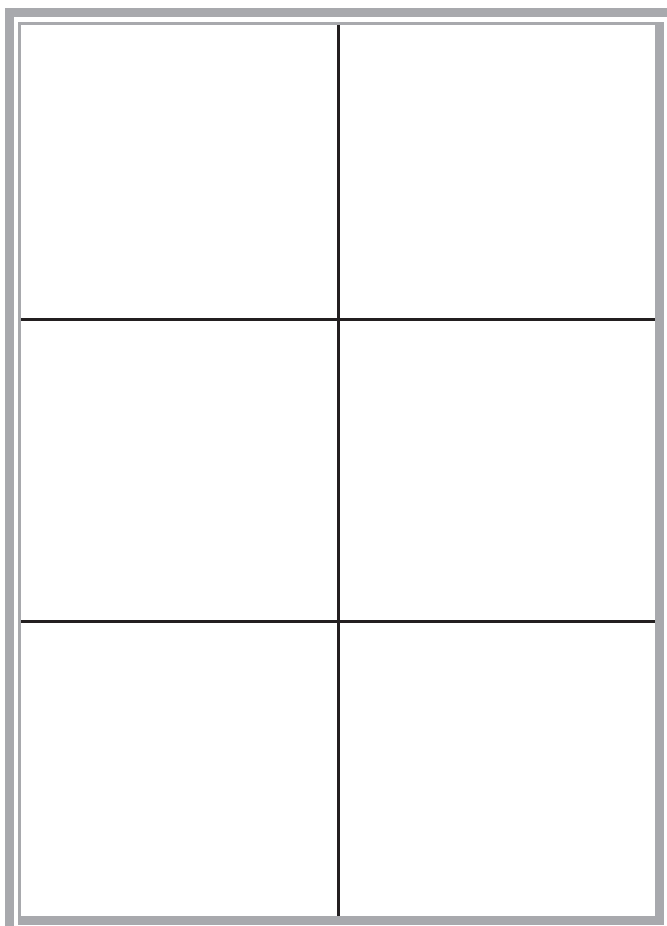
Inserisca i vari capi di abbigliamento al posto giusto seguendo le consegne.



- Metta i guanti nel primo ripiano in basso a destra.
- Metta la camicia nel secondo ripiano a sinistra.
- Metta i calzini nel secondo ripiano a destra
- Metta la cravatta nel primo ripiano in basso a sinistra.
- Metta la gonna nel terzo ripiano in alto a sinistra.
- Metta i pantaloni nel terzo ripiano in alto a destra.

IL FRIGORIFERO

Inserisca i vari alimenti al posto giusto seguendo le consegne.



- Metta il formaggio nel terzo ripiano in alto a sinistra.
- Metta la melanzana nel secondo ripiano a sinistra.
- Metta i funghi nel primo ripiano in basso a destra
- Metta la bistecca nel terzo ripiano in alto a destra.
- Metta la carota nel secondo ripiano a destra.
- Metta le bottiglie del latte nel primo ripiano in basso a sinistra.

I CAPOLUOGHI DI PROVINCIA DELL'ITALIA

Inserisca nel riquadro di ogni regione il capoluogo corrispondente.

ABRUZZO _____	BASILICATA _____	CALABRIA _____	TOSCANA _____	TRENTINO ALTO ADIGE _____
CAMPANIA _____	LAZIO _____	MARCHE _____	UMBRIA _____	VENETO _____
EMILIA ROMAGNA _____	LIGURIA _____	MOLISE _____	SARDEGNA _____	SICILIA _____
FRIULI VENEZIA GIULIA _____	LOMBARDIA _____	PIEMONTE _____	PUGLIA _____	VALLE D'AOSTA _____

Palermo, Torino, Ancona, Milano, L'Aquila, Venezia, Perugia, Cagliari, Potenza, Catanzaro, Napoli, Trieste, Aosta, Firenze, Roma, Campobasso, Genova, Bologna, Trento, Bari.



I CAPOLUOGHI DI PROVINCIA

Scriva in ordine alfabetico il nome delle seguenti città.

PALERMO
TORINO
ANCONA
MILANO
CATANZARO
L'AQUILA
VENEZIA
PERUGIA
CAGLIARI
CAMPOBASSO
TRIESTE
ROMA
NAPOLI
TRENTO
FIRENZE
AOSTA
GENOVA
BOLOGNA
POTENZA
BARI

1 <i>Ancona</i>
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20