

# DEMENZA E DEPRESSIONE

## Definizioni, differenze e cure possibili

TRATTO DA>

ALTENPFLEGE>RIVISTA>GERMANIA

Allo stadio iniziale risulta difficile, anche per gli esperti, distinguere tra demenza e depressione. La psichiatria per anziani deve occuparsi prevalentemente di due tipi di quadri clinici: la depressione e la demenza. Entrambe le malattie influenzano notevolmente sulla vita dell'interessato. Conseguenza dello sviluppo demografico nella nostra società sarà che, nel giro di 20 anni, circa un terzo della popolazione avrà superato i 60 anni e che quindi saranno molto frequenti i sintomi della demenza e della depressione. Ciò significa che sarà sempre maggiore la necessità di cure per anziani malati psichicamente. I sintomi iniziali di entrambe le malattie sono simili e difficili da diagnosticare con precisione: diminuzione degli interessi, impoverimento dell'espressività comunicativa, disturbi fisici, malattie psicosomatiche. Occorre diagnosticare con certezza se si tratti dell'una o dell'altra malattia: affettiva o degenerativa.

Si tratta di demenza se l'anziano evidenzia problemi di orientamento, disturbi del ritmo sonno/veglia, allucinazioni, paura paranoica di perdere gli oggetti. Si parla invece di depressione nei casi in cui la persona rappresenta i propri sintomi in



modo esagerato. A seguito delle limitazioni della memoria temono di soffrire di Alzheimer, si rimproverano di essere di peso nei confronti dei parenti, si sentono minacciati nelle risorse finanziarie e credono quindi di non dover consumare cibo e medicine. Queste sensazioni possono anche portare al suicidio.

Nei confronti di queste due diverse malattie è anche diverso l'atteggiamento medico e di cura. La depressione viene

spiegata al paziente come malattia psichica e questo suscita spesso una reazione del tipo: "Ma io non sono pazzo". Questa discriminazione dei malati psichici porta gli interessati a peggiorare la malattia con sensi di colpa e paure esistenziali. La cura ha spesso inizio solo quando la situazione non è più sostenibile, né per l'interessato, né per i familiari, quando si palesano chiari pericoli e rischi. Si deve invece ricordare che il successo nella cura della depressione, anche tra gli anziani, è molto frequente: si ha una remissione della malattia in circa il 70% dei pazienti. Per quanto riguarda la demenza, gli interessati non sanno per lo più cosa stia accadendo, sono spaventati, si vergognano, non si vogliono confidare con parenti. Si aggiunge anche il fatto che spesso la demenza viene vista come una malattia connessa a vergogna soprattutto se la si è già vissuta nella cerchia familiare. E' comunque importante definire al più presto di quale malattia si tratti. Esiste quindi una serie di esami da effettuare, che poi possono essere definitivamente chiariti con dei test. Per la demenza: MMST (Mini-Mental-Status-Test) test dell'orologio, DemTect o CERAD; per la depressione: scala della depressione in geriatria o scala Hamilton.

# CREARE ANIMAZIONE

## I passi appropriati per una buona riuscita

TRATTO DA

>DÉCIDEURS EN GÉRONTOLOGIE

>RIVISTA>FRANCIA

L'animazione è parte integrante della presa in carico dell'anziano. Essa permette di mantenere un'utilità sociale, di

continuare a dare e ricevere, di valorizzare e dare un senso al passato e continuare a vivere. Ma il compito risulta complesso quando si tratta di persone colpite da Alzheimer: essa dovrebbe accompagnare e offrire momenti di tranquillità,

ma come è possibile capire se ciò che si propone è appropriato quando l'anziano è confuso e disorientato?

Il primo passo per la realizzazione di un progetto è la compilazione di un dossier per ogni paziente contenente informa-

zioni di carattere generale (professione, parenti, precedenti luoghi in cui ha vissuto, data e motivo del ricovero in struttura), sulle abitudini di vita, oltre a proposte di animazione ispirate alle attività quotidiane svolte in casa (lettura del giornale, gioco delle carte, ecc.). Esso deve anche prevedere uno spazio libero per l'inserimento di note da parte dell'équipe: desideri del paziente, avvenimenti salienti della sua vita, e ogni altro elemento che consenta di capire meglio la sua personalità. E' fondamentale che il dossier sia in evoluzione e accessibile a tutti i membri dell'équipe. Generalmente, per la compilazione, un solo membro dell'équipe si occupa di un anziano, ciò consente un avvicinamento e la nascita di un rapporto di fiducia. Per costruire un progetto è necessario scoprire le potenzialità di ognuno, al fine di elaborare un'attività adattata: questo non deve dare luogo



ad un interrogatorio. Le domande devono trovare naturalmente posto nella conversazione e il rapporto di confidenza deve essere preservato per non tradire la per-

sona. Una volta elaborate le informazioni ottenute, si passa alla creazione del progetto, che non deve essere troppo ambizioso, poiché rischia di mettere l'anziano di fronte ad un fallimento. Lo scopo è il benessere del paziente, il senso di rassicurazione, lo stare insieme. Talvolta un'attività desiderata da un solo paziente, e quindi facente parte di un progetto individuale, può provocare l'interesse di altri, così come l'arrivo di nuovi residenti permette di innovare le attività proposte apportando idee e gusti nuovi. Una volta messe in pratica le attività proposte, l'animatore elabora una sintesi nel dossier di ogni paziente, descrivendo il suo comportamento durante le sedute di animazione. La sua responsabilità è di raccogliere tutti i dati e comunicarli agli altri membri del personale, segnalando tempestivamente eventuali peggioramenti.

## LARGO ALLE GERONTECNOLOGIE!

TRATTO DA  
>DÉCIDEURS EN GÉRONTOLOGIE  
>RIVISTA>FRANCIA

Sono diverse le innovazioni tecnologiche che permettono di meglio seguire e assistere l'anziano: dalla possibilità di utilizzare un sistema in grado di segnalare che il paziente si è alzato ma non si è più coricato, inviando un SMS all'infermiera di guardia, alla geolocalizzazione, grazie ad un braccialetto munito di ricevitore GPS integrato che è in grado di ritrovare le persone sfuggite alla vigilanza del personale o della badante.

Anche la domotica viene impiegata per agevolare l'assistenza: pavimenti luminosi che indicano il tragitto all'anziano che si reca al bagno; materassi che segnalano movimenti atipici che lasciano presagire una crisi d'angoscia.

Altre tecnologie sono ancora in fase di elaborazione, come i deambulatori intelligenti che consentono di evitare le cadute girando intorno agli ostacoli.

Ma tali dispositivi tecnologici sono ancora poco utilizzati poiché alcuni direttori di



strutture per anziani preferiscono correre il rischio di cadute o fughe a quello di una deresponsabilizzazione del personale. A ciò si aggiunge il freno posto dall'investimento finanziario che essi presuppongono, la scarsa informazione e formazione delle famiglie, che non dispongono degli strumenti necessari ad una valu-

tazione, e la poca conoscenza delle tecnologie numeriche da parte degli ultra 80enni. L'introduzione di alcune tecnologie si rivela più efficace e meno costosa se avviene prima in strutture nuove: attrezzare una camera o un reparto pilota permette di inserire gerontechnologie senza sprechi, poiché saranno diffuse all'intera struttura solo una volta valutata la loro utilità. Occorre dunque sensibilizzare al problema tutta la società per inventare prodotti accessibili agli anziani, caratterizzati da un'ergonomia adattata (presa, leggibilità, ecc). Senza dimenticare che l'utilizzo del dispositivo è determinato dalla persona e dal modo in cui viene presentato al paziente.

L'utilizzo delle tecnologie non toglie importanza al personale addetto all'assistenza, anzi costituisce una rivalorizzazione del mestiere dotando di strumenti nuovi, fornendo un po' di aiuto nei compiti ingrati e maggior sicurezza, e aprendo nuove strade in cui la qualità della vita e delle relazioni vengono poste al centro dell'attenzione.