



L'uomo, il nostro valore più importante

CORSO BASE AVO

Considerazioni sull'accoglienza di un ospite in RSA

Aspetti psicologici

Dott. Emanuele Oscar Crestani

Psicologo, Psicoterapeuta Specialista in Psicologia Clinica

Albo Lombardia N° 6672

Coordinatore U.O. GCLA *Centro di Riabilitazione* – Genova Quinto

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MMSE (Folstein et al.,1975)

- Strumento più diffuso per la valutazione globale delle funzioni cognitive (screening)
- Rapida somministrazione
- Permette un preliminare esame del quadro cognitivo generale del soggetto, attraverso 11 subtest che indagano:
 - ✓ Orientamento spaziale e temporale
 - ✓ Memoria a breve termine
 - ✓ Attenzione e calcolo
 - ✓ Apprendimento
 - ✓ Linguaggio
 - ✓ Abilità visuo-spaziali costruttive
- CUT-OFF ≥ 24

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Nome e cognome Et  Data dell'esame/...../.....
Valutazione Sesso M/F Punteggio Totale

ORIENTAMENTO

1. In quale anno, stagione, mese, giorno del mese, giorno, siamo?
(Punteggio massimo 5)
2. Dove siamo? Stato, regione, citt , ospedale, piano.
(Punteggio massimo 5)

MEMORIA A BREVE TERMINE

3. Dire il nome di 3 oggetti: casa, pane, gatto (1 sec. ciascuno). Ripeterli fino a 6 volte. (Punteggio massimo 3)

ATTENZIONE E CALCOLO

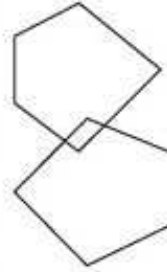
4. Contare all'indietro per 7 (cessare dopo 5 risposte). Oppure fare dire "VERBO" al contrario (Punteggio massimo 5)

MEMORIA DI FISSAZIONE

5. Chiedere il nome dei 3 oggetti nominati in precedenza (Punteggio massimo 3).

LINGUAGGIO

- 6a. Dire il nome dell'oggetto x e dell'oggetto y (penna e orologio)
(Punteggio massimo 2)
- 6b. Ripetere la frase "non se, e o ma" (Punteggio massimo 1)
- 6c. Eseguire "Prendi un foglio con la mano destra, piegalo a met , e buttalolo in terra" (Punteggio massimo 3)
- 6d. Leggere ed eseguire l'ordine "CHIUDI GLI OCCHI"
(Punteggio massimo 1)
- 6e. Scrivere una frase (Punteggio massimo 1)
- 6f. Copiare un disegno (Punteggio massimo 1)



PUNTEGGIO TOTALE/30

IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

- è il documento di sintesi che raccoglie e descrive, in ottica multidisciplinare, la valutazione di ciascun ospite, con lo scopo di dare l'avvio ad un progetto di cura ed assistenza;
- è inizialmente programmato con l'ingresso in struttura del paziente ;
- è aggiornato periodicamente secondo le esigenze dell'ospite;
- è il risultato del coordinamento di tutte le figure professionali coinvolte (comprende le dimensioni clinico-sanitaria, assistenziale, riabilitativa, psico-sociale) ;
- è un documento condiviso sottoscritto dal paziente o dal familiare-tutore.

Nel PAI sono progressivamente individuati obiettivi misurabili e quantificabili, inerenti la cura e l'assistenza dell'ospite, sottoposti a verifica periodica.



Dati anagrafici del paziente

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Data di dimissione:
Data ingresso:	
Data compilazione:	<input type="checkbox"/>

Organizzazione PRI

Aree	Riabilitativa	Assistenziale
	Fisioterapia	Igiene
	Logopedia	Alimentazione
	Neuropsicologia	Mobilizzazione
	Altro	Vestizione
		Relazionale
		Medico-Infermieristica

Minutaggi Area Riabilitativa

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Totale minuti
Fisioterapia						
Logopedia						
Neuropsicologia						
Altro						

Tabella aggiornamento trimestrale Area Assistenziale

Data	Firma Responsabile PRI
I	
II	
III	
IV	

Firma per presa visione PRIA (tutore/parente)

Data	Firma	Note

Responsabile PRIA: _____

DEFICIT, DISABILITÀ ed HANDICAP (OMS, 1980)

DEFICIT: perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica



DISABILITÀ: qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a deficit) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano



HANDICAP: indica l'incontro tra la disabilità e il mondo esterno e rappresenta condizione di svantaggio conseguente a un deficit o a una disabilità, che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale

APPROCCIO CAPACITANTE

Permette di focalizzare l'attenzione sulle capacità e competenze che il paziente ancora possiede.

Ogni individuo possiede diverse competenze:

- **C. COMUNICATIVA:** presente in ogni paziente, anche il più compromesso, si esprime con il linguaggio verbale e non verbale. Anche il silenzio è una forma di comunicazione;
- **C. EMOTIVA:** riguarda la capacità di provare, percepire e condividere emozioni proprie e altrui;
- **C. CONTRATTUALE:** si esprime nella capacità dell'individuo di poter concordare aspetti che riguardano la propria persona;
- **C. DECISIONALE:** riguarda la possibilità per il paziente di decidere tra diverse opzioni (tutte attuabili) riguardo un certo aspetto.

EMPATIA

Indica la capacità di percepire lo stato d'animo ed i sentimenti di un'altra persona con cui si condividono emozioni e vissuti interiori.



ALLEANZA TERAPEUTICA

Presupposto principale della relazione medico-paziente, finalizzata alla condivisione di un percorso comune volto al raggiungimento o mantenimento dello stato di salute.

DISTANZA EMOTIVA

“Una compagnia di porcospini, in una fredda giornata d'inverno, si strinsero **vicini**, per **proteggersi**, col **calore reciproco**, dal rimanere assiderati.

Ben presto, però, sentirono il **dolore** delle spine reciproche; il dolore li costrinse ad **allontanarsi** di nuovo l'uno dall'altro.

Quando poi il bisogno di scaldarsi li portò di nuovo a stare insieme, si ripeté quell'altro malanno; di modo che venivano sballottati avanti e indietro tra due mali: il freddo e il dolore.

Tutto questo durò finché non ebbero trovato una **moderata distanza reciproca**, che rappresentava per loro la migliore posizione .”

(A.Schopenhauer)



TU o LEI?

Nelle relazioni di aiuto è particolarmente importante trovare il giusto equilibrio.

Ciò permette al professionista di mantenere un "distacco empatico" che racchiuda in sé professionalità, necessaria per operare al meglio, e corretta vicinanza al paziente, attraverso l'empatia.



IO PATOLOGICO E FUNZIONALE

IO PATOLOGICO: rappresenta la parte del paziente che risulta essere compromessa e di cui ci si deve prendere cura.

IO FUNZIONALE: parte funzionante del paziente su cui bisogna agire per sviluppare una corretta alleanza terapeutica

PERCHE' MANGIAMO



QUEL CHE MANGIAMO?

"A letto senza cena!"

"Sei stato bravo!!meriti un'altra fetta di torta!!"

Ingoiare un brutto boccone

Cena a lume di candela

Cena di lavoro

Pranzo di Natale

Digiunare per il Ramadhan

Mangiare l'ostia in chiesa

"Mangio un cioccolatino per tirarmi un po' su.."

"Dai prendine ancora un po'!!!" (dice la nonna al nipote)

"Ho dato l'esame, ora mi concedo una bella merenda!!!"

PERCHE' MANGIAMO QUELLO CHE MANGIAMO?

- L'uomo è onnivoro e ciò che sceglie di mangiare è frutto delle proprie rappresentazioni mentali;

- **Il cibo ha diverse funzioni:**

- A. Biologica
- B. Relazionale
- C. Autoregolazione emotiva
- D. Espressione della propria identità
- E. Espressione del senso di appartenenza
- F. Espressione religiosa

FUNZIONE BIOLOGICA

- Mangiare è indispensabile per il mantenimento delle proprie funzioni vitali; è necessario fornire all'organismo energia sotto forma di alimenti;
- Le nostre scelte alimentari incidono però anche sul nostro stato emotivo e sulle nostre funzioni cognitive;



Favorisce la produzione di **serotonina**, la molecola del “buon umore“




I fosfolipidi del latte influenzano positivamente il tono dell'umore, le funzioni cognitive (memoria) e la risposta allo stress



La caffeina favorisce la produzione di **noradrenalina**, ormone che ci mantiene vigili ma che può provocare irrequietezza e insonnia

ASPETTI RELAZIONALI

- La prima forma di relazione che il bambino ha con il mondo esterno passa attraverso la madre ed ha come primo strumento proprio il cibo;
- Attraverso il cibo il bambino vede realizzati i propri bisogni elementari di sicurezza e di benessere;
- Se il successivo percorso di individuazione ed autonomia (che il bambino intraprende crescendo) viene sostenuto ed indirizzato dalle figure genitoriali, questo avverrà senza traumi e permetterà l'instaurarsi di un rapporto armonico con il cibo;
- La ripetuta interazione tra il bambino e la figura che si prende cura di lui hanno un peso cruciale nella caratterizzazione di differenti **Stili di attaccamento** 



Gli **Stili di attaccamento** si possono suddividere in quattro tipologie:

- Insicuro evitante (A)
- Attaccamento sicuro (B)
- Insicuro ambivalente resistente(C)
- Disorientato-disorganizzato(D)

(John Bowlby)

AUTOREGOLAZIONE EMOTIVA

- La capacità di regolare le emozioni è fondamentale per il buon adattamento dell'individuo all'ambiente;
- L'alimentazione può costituire uno strumento di regolazione delle emozioni;



- Si può mangiare per

- Noia
- Ansia-tensione-stress (cibo come sollievo dai pensieri)
- Solitudine-tristezza (cibo per colmare un vuoto interiore)
- Rabbia (verso se stessi o il contesto discriminante)
- Vergogna

Disturbi del comportamento alimentare (DCA):

Anoressia nervosa (AN)

Bulimia nervosa (BN)

Disturbo da alimentazione incontrollata (BED)

Obesità

ESPRESSIONE DELLA PROPRIA IDENTITA'

- L'alimentazione può fornire informazioni su alcuni aspetti di identità della persona;
- L'individuo sceglie di che cibo alimentarsi secondo i propri gusti e in relazione alla percezione della propria identità personale- *bisogno di autorealizzazione* (Lowenberg,1970;cfr anche Castellani 2007);



Un esempio di scelta alimentare come espressione della propria identità può essere costituito da questi differenti tipi di dieta: **vegetariana, iperproteica e vegana.**

ESPRESSIONE DEL SENSO DI APPARTENENZA

**Negli uomini il nutrirsi diventa alimentarsi – *mangiare* –
ovvero un'azione governata dalla cultura;**

**L'adozione di un modello alimentare condiviso, al fine di
definire e rafforzare il senso di identità e i processi di
identificazione in un gruppo, soddisfa il bisogno di
appartenenza dell'essere umano.**

ESPRESSIONE RELIGIOSA

Tra gli elementi culturali che influenzano il modo di alimentarsi c'è anche la religione; ad esempio:

CHIESA CATTOLICA:

vige la regola generale del divieto di consumare carne il *Venerdì Santo* insieme all'obbligo del digiuno in alcune circostanze particolari.

RELIGIONE EBRAICA:

vi sono degli alimenti permessi (*kashèr*), che devono essere preparati in un certo modo, seguendo gli insegnamenti della *Torah (Legge)*;

RELIGIONE ISLAMICA:

digiunare durante il mese del *Ramadan* è uno dei principali insegnamenti; lo scopo del devoto è quello di purificarsi da tutto quello che di materiale esiste nel mondo corrotto e corruttibile.

L'istituzionalizzazione rischia di
**far perdere i significati
legati all'alimentarsi,**
aggravando la condizione psico-fisica
del paziente e generando ansia nei
caregivers

COSA FARE? CONSIGLI PRATICI

- **Allontanare eventuali cause di distrazione;**
- **Predisporre un ambiente ordinato, sereno ed accogliente;**
- **Arieggiare l'ambiente, mantenendolo però ad una temperatura confortevole;**
- **Verificare la sicurezza di tavoli, sedie e pavimenti;**
- **Apparecchiare in modo ordinato e piacevole con tovaglie, tovaglioli, posate, bicchieri e bottiglie d'acqua chiuse;**
- **Operatori socio-sanitari (OSS) addetti alla distribuzione del cibo devono seguire le norme igieniche (divisa pulita, utilizzo di cuffia per capelli, unghie corte e pulite, lavaggio delle mani).**

IL MOMENTO DEL PASTO

- Assicurarsi che i pazienti siano posizionati correttamente e che abbiano a disposizione il necessario;
- La distribuzione del vitto deve essere svolta con gli adeguati utensili;
- Servire l'anziano con impegno e gentilezza, curando anche la presentazione del piatto; guardarlo mentre lo si serve;
- Rispettare le abitudini alimentari dell'ospite;
- Rispettare la giusta sequenza delle portate;
- Verificare l'interesse dell'anziano verso gli alimenti, la capacità di eseguire una sequenza di gesti e di riconoscere la presenza del cibo in bocca;
- Adattabilità ai tempi dell'anziano;
- Al termine del pasto, il riordino della sala deve avvenire solo dopo l'allontanamento degli ospiti.

Il pasto rappresenta, oltre che un bisogno fisiologico, un importante momento di SOCIALIZZAZIONE



suddivisione della sala da pranzo in zone secondo il diverso grado di autonomia degli ospiti in modo da creare un ambiente omogeneo e sereno, che renda il pasto un momento piacevole

PER I PAZIENTI ALLETTATI

- Consentire al paziente la posizione seduta a schiena eretta e capo leggermente flesso in avanti (spalliera del letto sollevata a 80-90°);
- Incoraggiare il paziente a mangiare da solo mediante uso di posate normali o modificate (ad es. bicchieri con imboccatura a *becco*);



Importanza del mantenimento, finchè possibile, della capacità di alimentarsi autonomamente

IN MANTENIMENTO

- Obiettivo fondamentale del nucleo di *mantenimento* è quello di migliorare e garantire il benessere della persona anziana in tutte le attività della vita quotidiana, *rispettando quanto più possibile i tempi e le abitudini del paziente-residente*;
- Essendo una soluzione residenziale, soprattutto in questo caso, è importante *valorizzare il pasto come momento piacevole della giornata, capace di ricreare lo scambio e il piacere condiviso del mangiare in famiglia*. Si tratta in particolare di favorire la tranquillità durante i pasti e di non affrettarne la consumazione, anche per chi deve essere imboccato;



IN MANTENIMENTO

- *È importante assicurarsi che vengano proposte soluzioni alimentari particolari durante le festività, come ad esempio il Natale, al fine di riproporre un'atmosfera piacevole e quanto più familiare possibile;*
- Anche per il mantenimento è necessario seguire le linee guida proposte in precedenza.

**L'evento-malattia determina nell'uomo modificazioni
non esclusivamente biologiche, ma anche
psicologiche**



**altera il senso dell'identità personale e sociale ed
incide in modo rilevante sui progetti di vita del
paziente, innestando una serie di fantasie sul proprio
essere malato**

PER I PAZIENTI DISFAGICI

- **La disfagia si riscontra nel 13-14% dei pazienti ospedalizzati per il trattamento di patologie di tipo acuto, nel 30-35% dei soggetti ammessi in centri riabilitativi e nel 40-50% di quelli ricoverati in strutture di lungodegenza**
- **La scelta degli alimenti deve essere guidata principalmente dai seguenti criteri: sicurezza del paziente, fabbisogno alimentare paziente, eventuali esigenze dietetiche e preferenze alimentari;**
- **Curare la presentazione degli alimenti e mantenere le diverse portate separate fra di loro, anche in caso di assunzione di piccole quantità;**
- **Eliminare ogni distrazione ambientale durante il pasto;**
- **Alimentare l'anziano lentamente con piccole quantità alla volta;**
- **Controllare lo stato di attenzione ed eventualmente decidere di sospendere il pasto ai primi segni di stanchezza.**

LA PERSONA PORTATRICE DI PEG

PRO-MEMORIA: Il cibo ha diverse funzioni

A) Biologica

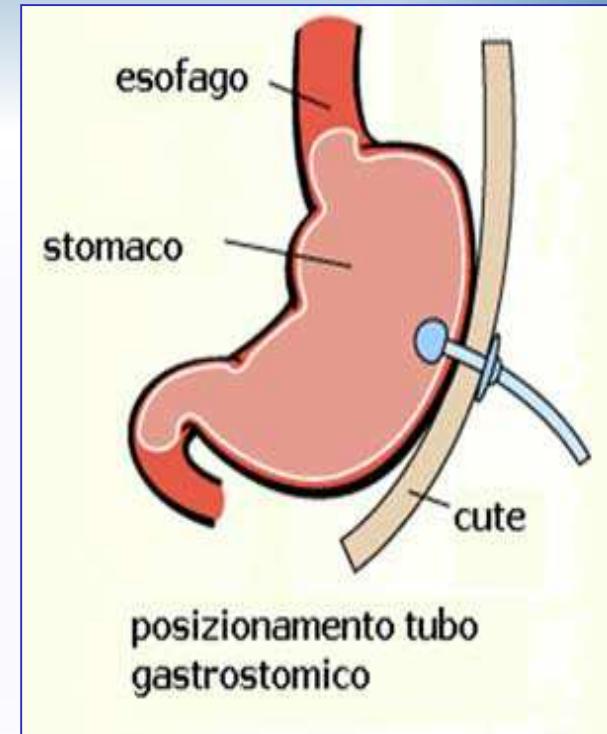
~~B) Relazionale~~

~~C) Autoregolazione emotiva~~

~~D) Espressione della propria identità~~

~~E) Espressione del senso di appartenenza~~

~~F) Espressione religiosa~~



PAZIENTI CON PEG

**Vicariare i significati che vengono meno
coinvolgendo il paziente in:**

Gruppi di stimolazione cognitiva

Attività di animazione

Colloqui psicologici individuali

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE!!!**



L'uomo, il nostro valore più importante