



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

LA SALVAGUARDIA DEL CAREGIVER NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: revisione della letteratura e proposta di una brochure informativa ed educativa.

Relatore: Prof.re Sergi Giuseppe

Correlatore: Dott.ssa Sattin Viola

Laureanda: Salou Yassimine

(matricola n°. 1228522)

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

Obiettivi. La Malattia di Alzheimer (AD) è una delle malattie degenerative, che riguardano la sfera della salute mentale degli anziani, tra le più diffuse. L'Alzheimer viene definita come una patologia a carattere degenerativo del sistema nervoso centrale, progressiva ed inguaribile. Questo elaborato nasce dalla necessità di evidenziare una realtà in continua crescita, in Italia infatti, secondo AIMA, l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, si stima che i nuovi casi di demenza siano circa 150.000 ogni anno. L'obiettivo di questo studio è quello di evidenziare il peso assistenziale, sia a livello umano che economico, che questi numeri rappresentano, in considerazione del fatto che le persone coinvolte nell'assistenza sono circa 3 milioni, soprattutto donne e che il costo annuo di questa malattia in Italia è stimato oltre i 15 miliardi di euro, di cui la maggior parte ricadono su famiglia e caregiver.

L'obiettivo ultimo, di questo elaborato, è stata la creazione di una brochure informativa ed educativa come supporto per l'educazione informale del caregiver, familiare o persona che si prende cura del malato di Alzheimer a domicilio.

Tipo di studio: revisione della letteratura.

Materiali e metodi. Le ricerche per questa revisione sono state condotte in PubMed e Google Scholar. E' stato anche utilizzato il manuale "E' ancora lui, è ancora lei!" a cura di G. Gambina e G. Soffiantini, ed altri 2 manuali specifici per i professionisti sanitari. Sono stati inclusi nella selezione articoli entro 5 anni dalla data di pubblicazione e in lingua inglese ed italiana.

Risultati. In totale sono stati consultati 719 articoli dei quali ne sono stati selezionati 13. Dalla revisione degli studi è possibile determinare che la demenza ha un impatto fisico, psicosociale ed economico, non solo sulle persone affette da Alzheimer, ma anche su tutte le persone: caregiver e familiari che orbitano attorno al malato, e di conseguenza sulla società in generale, a causa dell'elevato carico assistenziale che ne consegue.

Come ulteriore risultato vi è stata l'ideazione e la produzione di una brochure informativa ed educativa, nata dalla mia partecipazione al corso: "ALZHEIMER: corso pratico per familiari e assistenti domiciliari" IX edizione, organizzato da Lions International a Padova nei mesi di novembre e dicembre 2023.

Conclusioni. Le difficoltà di gestione domiciliare del malato di Alzheimer da parte della famiglia sono gravate, oltre dall'importante carico assistenziale a livello psico-fisico ed emotivo, anche da un vuoto legislativo. Infatti, la Legge 104, consente permessi retribuiti di poche ore mentre l'indennità di accompagnamento viene generalmente negata, soprattutto inizialmente, perché vengono valutate capacità, come le ADL (Activities of Daily Living) che possono risultare integre nel momento dell'osservazione del paziente e non vengono invece considerati i sintomi dal punto di vista multidimensionale. L'Alzheimer, a livello medico-sanitario, infatti, viene considerata una patologia caratterizzata da una varietà di sintomi diversificati. La brochure proposta in questa tesi può essere utilizzata come supporto nella fase educativa del caregiver e come sostegno alle famiglie del paziente perché fornisce numeri utili a cui rivolgersi in caso di necessità.

Parole chiave: *Alzheimer, caregiver, home care, Caregiver Burden, quality of life.*

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
--------------------	--------

CAPITOLO I: MALATTIA DI ALZHEIMER E CAREGIVER

1.1 CENNI STORICI.....	pag. 5
1.2 FISIOPATOLOGIA.....	pag. 5
1.3 FATTORI DI RISCHIO.....	pag. 7
1.4 LA DIAGNOSI.....	pag. 7
1.5 LA TERAPIA.....	pag. 9
1.5.1 TERAPIA FARMACOLOGICA.....	pag. 9
1.5.2 TERAPIA NON FARMACOLOGICA.....	pag. 10
1.6 CAREGIVER: L'ASSISTENZA AL MALATO.....	pag. 11
1.6.1 CAREGIVER BURDEN.....	pag. 13
1.6.2 CAREGIVER BURDEN INVENTORY.....	pag. 14

CAPITOLO II: MATERIALI E METODI

2.1 TIPO E CONTESTO DI STUDIO.....	pag. 17
2.2 QUESITO DI RICERCA.....	pag. 17
2.3 FONTI DEI DATI.....	pag. 17
2.4 MATERIALE BROCHURE.....	pag. 18
2.5 CRITERI DI SELEZIONE ED ESCLUSIONE DEI DATI.....	pag. 18

CAPITOLO III: RISULTATI

3.1 RISULTATI DELLA REISIONE DELLA LETTERATURA	pag. 19
3.2 CREAZIONE DI UNA BROCHURE INFORMATIVA.....	pag. 26

CAPITOLO IV: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 DISCUSSIONE.....	pag. 29
4.2 LIMITI DELLO STUDIO.....	pag. 30
4.3 CONCLUSIONI.....	pag. 31

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	pag. 33
--------------------------------	---------

ALLEGATI.....	pag. 35
---------------	---------

Ringraziamenti

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, le malattie neurodegenerative hanno subito un aumento esponenziale, dovuto anche all'aumentata aspettativa di vita che ha provocato una transizione epidemiologica: da una situazione in cui vi era prevalenza delle malattie infettive e carenziali ad una preponderanza di quelle a sviluppo cronico degenerativo.

A livello mondiale si stima che vi siano 55 milioni di persone con una forma di demenza. Altro dato non confortante, il rapporto redatto dall'OMS¹ nel 2021 sullo stato globale della risposta di salute pubblica alla demenza, dichiara che le persone affette da demenza diventeranno 78 milioni entro il 2030 e 139 milioni entro il 2050, con ingenti costi sia in termini economici che sociali. Il Rapporto Mondiale sull'Alzheimer 2023² dedicato all'analisi dell'assistenza sanitaria delle persone con demenza, rivela che solo la metà dei malati nei Paesi ad alto reddito ed uno su dieci nei Paesi a medio e basso reddito ricevono una diagnosi e di conseguenza un'assistenza sanitaria ed economica adeguata.

Tra le malattie degenerative che riguardano la sfera della salute mentale degli anziani, una delle più diffuse è il Morbo di Alzheimer. L'Alzheimer viene definita come una patologia a carattere degenerativo del sistema nervoso centrale, progressiva e inguaribile.

Questo elaborato nasce dalla necessità di porre l'attenzione su un fenomeno in continua crescita, in Italia infatti, secondo AIMA, l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, si stima che i nuovi casi di demenza siano circa 150.000 ogni anno³ di cui i nuovi malati di Alzheimer, annualmente diagnosticati, sono 70.000, per un totale di 650.000 casi, la maggior parte dei quali vengono curati a domicilio per quasi tutta la durata della malattia. Si stima che le persone coinvolte nell'assistenza siano circa 3

¹ WHO, Global action plan on the public health response to dementia, Report 2017.

² www.salute.gov.it/portale

³ www.alzheimer-aima.it/

milioni, soprattutto donne⁴, e che il costo annuo della malattia in Italia sia di oltre 15 miliardi di euro⁵. Circa l'80% di questi costi, diretti ed indiretti, pesano su famiglia e caregiver.

La Malattia di Alzheimer è caratterizzata da un lungo decorso e le persone colpite necessitano di un prolungato processo di cura assistenziale. Dall'esordio della patologia fino alle fasi più gravi, le persone più vicine ai malati affetti da decadimento cognitivo sono generalmente i familiari. La famiglia, infatti, risulta essere il soggetto centrale nell'assistenza al malato⁶.

In letteratura esistono diversi studi incentrati sulla malattia vera e propria, sulla sua eziologia, sulle nuove ricerche per possibili cure, su nuovi trattamenti farmacologici, al contrario invece, limitati, sono gli studi inerenti il carico che l'assistenza continua richiede al caregiver e sui possibili interventi da implementare per limitarne le conseguenze, a lungo termine, sulla loro salute.

In definitiva, nella maggioranza dei casi, la famiglia risulta essere l'unico sostegno economico, psicologico e pratico del malato e tutto questo a lungo andare ha importanti ricadute in ambito familiare per esempio: sul piano economico, aumentando le uscite e diminuendo le entrate; sul piano fisico, in quanto i familiari dedicano mediamente 4,8 ore al giorno all'assistenza diretta del paziente e quasi 10,5 ore alla sorveglianza⁷; e infine sul piano psicologico, in quanto il carico eccessivo, continuo nel tempo e l'isolamento comporteranno appesantimento non solamente sulla sfera psico-emotiva ma anche su quella fisica.

Questa tesi pone la sua attenzione sull'impatto che il prendersi cura di un malato di Alzheimer ha in termini di salute e benessere familiare.

⁴ <http://www.alzheimer-aima.it/>

⁵ <http://www.alzheimer-aima.it/>

⁶ WHO, Global action plan on the public health response to dementia, Report 2017.

⁷ Gambina G., Soffiantini G., *E' ancora lui, è ancora lei!* Stella Edizioni 2020.

CAPITOLO I: MALATTIA DI ALZHEIMER E CAREGIVER

1.1 CENNI STORICI

La malattia di Alzheimer prende il suo nome da Alois Alzheimer, neuropatologo tedesco che per primo nel 1907 ne descrisse i sintomi e gli effetti neuropatologici.

Alois Alzheimer studiò la patologia dalla signora Auguste Deter, una donna che iniziò a mostrare segni insoliti alla sola età di 51 anni. Per circa 8 mesi sembrava aver sviluppato dei progressivi cambiamenti nella sua personalità, seguiti da idee di gelosia nei confronti del proprio marito, un calo della memoria progressivo ed un pronunciato danno psicosociale. All'esame clinico appariva disorientata nel tempo e nello spazio e molto confusa. Inoltre, presentava compromissione del suo stato generale di salute. Iniziò a parlare in maniera incomprensibile e nel suo ultimo anno di vita divenne completamente apatica e passò quasi tutto il suo tempo a letto, fino a quando nel 1906 morì di setticemia causata dall'infettarsi di lesioni da pressione presenti in regione sacrale. Durante l'esame autoptico il medico notò dei segni particolari nel tessuto cerebrale che mostrava quelle che sono oggi conosciute come le caratteristiche istologiche associate alla malattia: una massiva perdita neuronale e la presenza di placche amiloidi e di grovigli neuro fibrillari. Fu così che si iniziò a parlare del Morbo di Alzheimer.

1.2 FISIOPATOLOGIA

La Malattia di Alzheimer causa lo sviluppo delle seguenti anomalie nel tessuto cerebrale:

1. **Depositi di beta-amiloide:** accumulo di beta-amiloide (una proteina anomala e insolubile) che deriva dall'incapacità delle cellule di metabolizzarla e rimuoverla;
2. **Placche senili o neuritiche:** addensamenti di cellule nervose morte intorno ad un nucleo di beta-amiloide;

3. **Intrecci neurofibrillari:** filamenti arrotolati di proteine insolubili nella cellula nervosa;
4. **Alti livelli di Tau:** una proteina anomala che è un componente di intrecci neurofibrillari e beta-amiloidi.⁸

Queste anomalie si sviluppano in tutte le persone con l'avanzare dell'età, fino ad un certo grado, ma diventano molto più frequenti in quelle affette dalla Malattia di Alzheimer. Quando si ha uno stadio avanzato di AD si osserva che la corteccia cerebrale si accartoccia, danneggiando le aree coinvolte nel pensiero, nella pianificazione e nel ricordo, si ha una diminuzione dell'ippocampo, un'area della corteccia cerebrale fondamentale nella formazione di nuovi ricorsi, ed i ventricoli cerebrali diventano più ampi.

Il morbo di Alzheimer è tipicamente una malattia della vecchiaia. L'esordio prima dei 65 anni di età (o esordio precoce) è insolito e si osserva in meno del 10% dei pazienti con malattia di Alzheimer⁹. I sintomi rivelatori della malattia sono caratterizzati da esordio insidioso, disturbi della memoria (perdita selettiva di memoria a breve termine) nel 75% dei casi e del comportamento dal 7 % al 10 % dei casi¹⁰. Il più delle volte non è il malato che si lamenta delle sue difficoltà ma la famiglia che si preoccupa della progressione dei sintomi e della riduzione delle abilità della vita quotidiana.

La malattia è lenta e progressiva, portando alla fine ad un grave declino cognitivo. Viene generalmente classificata in 4 fasi: fase preclinica, lieve, moderata e tardiva; a seconda del grado di deterioramento cognitivo. Il sintomo di esordio iniziale è di solito una recente perdita di memoria con relativo risparmio della memoria a lungo termine e può essere riscontrato nella maggior parte dei pazienti anche quando non è il sintomo di presentazione.

⁸ (Pievani et al., 2009)

⁹ Brunner – Suddarth, Hinkle J. H., Cheever K. H., *Infermieristica medico-chirurgica*, Quinta ed., Vol. 1, Casa Editrice Ambrosiana, 2017. Pp. 223 e ss.

¹⁰ (Scheltens et al., 2021)

1.3 FATTORI DI RISCHIO

Nella fisiopatologia della Malattia di Alzheimer sono stati individuati molteplici fattori di rischio, di seguito ne vengono riportati alcuni:

- Età avanzata: uno dei fattori più importanti considerato che la probabilità di sviluppare la malattia aumenta con l'aumentare degli anni.
- Il genere: alcuni studi riportano che il numero di donne affette da AD è maggiore rispetto al numero di uomini.
- Fattori genetici: la ricerca ha identificato diverse varianti geniche che aumentano la probabilità di sviluppare il Morbo di Alzheimer. Il gene APOE-e4¹¹ è il gene a rischio più conosciuto associato con l'Alzheimer.
- Traumi cranici: il rischio di sviluppare AD o altre demenze aumenta dopo una lesione cerebrale traumatica moderata o grave, come un colpo alla testa o una lesione del cranio che causi amnesia o perdita di coscienza per più di 30 minuti.
- Altri fattori: come per esempio alcune patologie come il diabete, la sindrome metabolica, l'ipertensione arteriosa possono costituire fattori di rischio per l'insorgenza di demenza vascolare.

1.4 LA DIAGNOSI

La Malattia di Alzheimer, come precedentemente affermato, è una patologia che colpisce generalmente la fascia anziana della popolazione e ha un esordio subdolo, in quanto i segni ed i sintomi non sono sempre così evidenti sin dall'inizio e possono essere confusi¹² o sottovalutati sia dai familiari che dal curante stesso. Arrivare alla diagnosi, inoltre, necessita di tempistiche anche molto lungo. L'iter diagnostico infatti richiede tempo e le ragioni sono molteplici, alcune direttamente collegate alle caratteristiche intrinseche della malattia, ed altre di tipo burocratico, come per esempio le lunghe liste di attesa per accedere ai CDCD (Centri Disturbi Cognitivi e Demenze)

¹¹ (Pievani et al., 2009)

¹² Brunner – Suddarth, Hinkle J. H., Cheever K. H., *Infermieristica medico-chirurgica*, Quinta ed., Vol. 1, Casa Editrice Ambrosiana, 2017. Pp. 223 e ss.

a cui spetta la diagnosi finale. A differenza di altre patologie, per la diagnosi di Alzheimer non esiste un esame specifico e per questo si parla di iter diagnostico. Per arrivare infatti, a definire la patologia si segue un percorso che richiede numerose visite di valutazione del paziente e l'esecuzione di diversi esami clinici e strumentali, tra i quali possiamo citarne alcuni:

- Anamnesi: ovvero l'insieme di informazioni sulla salute del paziente, sui farmaci che assume, sui problemi medici passati, sull'autonomia nelle ADL e IADL¹³, sulle modificazioni del comportamento e della personalità.
- Valutazione neuropsicologica: mediante test si valuta la funzione della memoria, della capacità di risolvere i problemi, dell'attenzione, della capacità di calcolo, del linguaggio.
- Esami del sangue, delle urine e in casi selezionati l'esame del liquido cerebrospinale (liquor).
- Esecuzioni delle neuroimmagini: TC encefalo, RM encefalo, PET.

In ogni caso non è possibile arrivare ad una certezza diagnostica, infatti la diagnosi definitiva si ottiene solo dopo la morte del paziente attraverso l'esame autoptico del cervello¹⁴, ma si può comunque arrivare a definire una diagnosi di AD "probabile/possibile". Se alla fine di questo percorso diagnostico si riscontra questa probabilità può essere definito un trattamento terapeutico che può aiutare il paziente a preservare l'autonomia nella vita quotidiana, e/o congiuntamente alla sua famiglia pianificare il futuro prossimo, ponendo l'attenzione sugli aspetti finanziari e legali, potenziando quelli della sicurezza.

¹³ IADL: Instrumental Activities of Daily Living (Indice di dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana).

¹⁴ Saladin K. S., *Anatomia umana*, Piccin, 2017, pp. 438-439.

1.5 LA TERAPIA

La terapia della malattia di Alzheimer è particolarmente complessa perché la causa non è nota. Può essere di natura farmacologica e non farmacologica.

1.5.1 TERAPIA FARMACOLOGICA

Ad oggi le demenze degenerative come la malattia di Alzheimer non sono guaribili per cui non vi sono terapie farmacologiche in grado di arrestare o rallentare in modo significativo il decorso di questa patologia, tuttavia si possono trattare molti dei sintomi.

Tra le diverse terapie farmacologiche troviamo: gli inibitori dell'acetilcolinesterasi che possono migliorare i sintomi della malattia e rallentarne temporaneamente la progressione; tra questi vi sono il donepezil (Aricept o Memac), la rivastigmina (Exelon o Prometax) e la galantamina (Reminyl)¹⁵ che vengono attualmente prescritti gratuitamente da centri specializzati ai pazienti con malattia di Alzheimer di gravità lieve-moderata. L'efficacia di questi farmaci è simile, quello che cambia è la modalità di somministrazione: il donepezil, per esempio, va assunto in un'unica dose una volta al giorno, mentre la rivastigmina e la galantamina più volte al giorno e a dosi crescenti¹⁶.

Tra gli effetti collaterali vi sono: nausea, vomito, diarrea, anche se alcuni di questi farmaci vengono tollerati meglio degli altri.

Donepezil e rivastigmina sono disponibili anche sotto forma di cerotto a lento rilascio. Per il trattamento della malattia di Alzheimer di gravità da moderata-severa a severa il Ministero della Salute ha approvato la memantina (Ebixa), che è attualmente rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale.

¹⁵ Brunner – Suddarth, Hinkle J. H., Cheever K. H., *Infermieristica medico-chirurgica*, Quinta ed., Vol. 1, Casa Editrice Ambrosiana, 2017. Pp. 223 e ss.

¹⁶ www.centroalzheimer.org/area-familiari/la-malattia-di-alzheimer/trattamenti/i-farmaci-attualmente-disponibili/

La legge, inoltre, riconosce per la malattia di Alzheimer un'invalidità del 100%¹⁷, i malati hanno diritto quindi alla pensione d'inabilità se l'età è inferiore ai 67 anni; mentre con grado di invalidità dal 74% al 99% viene concessa l'assegno d'invalidità.

1.5.2 TERAPIA NON FARMACOLOGICA

Parlando invece di terapia non farmacologica, generalmente vengono compresi:

- ❖ gli interventi ambientali: si intende l'adattamento dell'ambiente alle nuove esigenze determinate dalla patologia; questo approccio consiste nel modificare lo spazio fisico del malato, come la sua abitazione o i luoghi di cura, per compensare i deficit sensoriali e motori e ridurre i disturbi del comportamento;
- ❖ la riabilitazione logopedica: per trattare i disturbi del linguaggio e della deglutizione;
- ❖ la riabilitazione motoria: questo programma ha come obiettivo il miglioramento della salute cardiovascolare nei pazienti con demenza, un effetto che si associa a una minore degenerazione cerebrale; nei primi stadi è mirato a rallentare il decorso dell'Alzheimer e a prevenire l'evoluzione fisica negativa della patologia;
- ❖ la terapia orticola/ortoterapia o nota come garden therapy: si tratta di un percorso terapeutico che consiste nel coltivare piante, fiori e ortaggi e nell'imparare tecniche per la realizzazione di giardini. Numerosi studi, infatti, evidenziano che il giardinaggio e la cura dell'orto possono contribuire a promuovere il benessere psicofisico, a migliorare la funzione cognitiva e a ridurre l'agitazione nei malati di Alzheimer e demenza;
- ❖ la musicoterapia: rappresenta una terapia utile per migliorare le attività funzionali e le abilità cognitive, ridurre i sintomi comportamentali, favorire il rilassamento e combattere gli stati ansiosi;

¹⁷ Codici 1001 e 1003 della gazzetta ufficiale del 26/02/92, n. 43.

- ❖ la pet therapy: che consiste nell'interazione con animali da compagnia, ha lo scopo di migliorare il benessere, la salute psicofisica e la qualità della vita dei malati attraverso l'interazione con animali da compagnia appositamente addestrati;
- ❖ la doll-therapy o terapia della bambola: è indicata e viene utilizzata per alleviare i sintomi comportamentali nei malati di Alzheimer, in particolare nelle forme severe, si basa sull'accudimento di una bambola¹⁸;
- ❖ la terapia di reminiscenza: che punta a stimolare la memoria autobiografica dei malati e a tenere vivo il ricordo di esperienze di vita che il decadimento cognitivo rischia di oscurare, può essere svolta sia individualmente che in gruppo e sfrutta gli stimoli visivi e sonori come fotografie, musica, video e oggetti per aiutare le persone a rievocare eventi ed emozioni del loro passato;
- ❖ la terapia occupazionale: che viene sviluppata occupando il tempo in diverse attività volte alla produzione fisica, come l'artigianato o il bricolage¹⁹.

1.6 L'ASSISTENZA AL MALATO DI ALZHEIMER E IL CAREGIVER

Il “caregiver”, termine anglosassone entrato ormai stabilmente nel vocabolario italiano e nel linguaggio comune, indica “colui che si prende cura”. Nella teoria si distingue tra:

- il caregiver informale, ovvero quella persona, generalmente un familiare, parente, amico che fornisce assistenza e supporto ad un congiunto non autosufficiente nel soddisfacimento dei propri bisogni a causa di malattia, disabilità o età avanzata;
- il caregiver formale: ovvero gli assistenti domiciliari privati retribuiti dalla famiglia nel gergo classico: le badanti;

¹⁸ (Cai et al., 2021)

¹⁹ (Pievani et al., 2009)

- il caregiver istituzionale, si tratta di professionisti sanitari (OSS, educatori, psicologi, infermieri, fisioterapisti), sociali o amministratori di sostegno²⁰.

In questo elaborato ci concentreremo principalmente sui primi ovvero i caregiver informali, in quanto nella maggior parte dei casi, per quanto concerne la malattia di Alzheimer, sono quelli che si fanno carico dell'accudimento e presa in carico del familiare malato.

Tra i caregiver informali vi è un'ulteriore distinzione:

- caregiver organizzativo: colui che si prende cura degli aspetti organizzativi ed economici;
- caregiver operativo: colui che fornisce prestazioni dirette e spesso di tipo sanitario;
- caregiver solitario: una sola persona che svolge tutti i compiti assistenziali e si assume la responsabilità di tutte le scelte che coinvolgono la persona assistita;
- caregiver osservato: persona che svolge tutti i compiti assistenziali in piena autonomia ma con il supporto decisionale anche degli altri membri della famiglia; in questo caso avviene la condivisione di responsabilità ovvero la famiglia suddivide tra i diversi membri i compiti assistenziali.

Con riferimento alla malattia di Alzheimer, la prima difficoltà che il caregiver si trova a dover affrontare è la comunicazione della diagnosi, evento che può essere traumatico e stressante sia per sé che per il malato. Durante la fase iniziale della patologia, infatti, il caregiver può presentare sentimenti di frustrazione, imbarazzo, rabbia ed un elevato grado di insoddisfazione emotiva; che può condurre ad una grande difficoltà ad assumersi, con efficacia, il compito di cura.

La consapevolezza della malattia, inoltre, da parte del malato, può essere piena, parziale o mancante; in quest'ultimo caso, ovvero quando il malato è convinto della piena integrità dei propri processi cognitivi, viene a mancare la compliance, di

²⁰ Si tratta di una figura giuridica della L6/2004 a tutela del soggetto, la quale capacità di agire risulti limitata o compromessa.

conseguenza non verranno seguite le indicazioni fornite dal personale medico o dai familiari e tutto ciò porterà inevitabilmente ad una scarsa efficacia dei trattamenti. Subentra, quindi, la seconda difficoltà del congiunto caregiver, data dall'inconsapevolezza del familiare malato che tenderà a mettere a repentaglio la propria incolumità, aumentando di conseguenza il livello di sovraccarico dell'assistenza.

Durante la seconda fase della patologia, il caregiver comincia ad accettare gradualmente la condizione del proprio caro e presenta sentimenti quali tristezza, afflizione e rincrescimento; egli sperimenta perciò gradi più elevati di intimità e insoddisfazione che gli permettono di ridefinire le proprie aspettative nei confronti del malato, in considerazione anche del fatto che la malattia ha una durata variabile tra i 3 ed i 15 anni.²¹

1.6.1 CAREGIVER BURDEN

Il caregiver burden o “carico del caregiver” è una condizione che il caregiver può sperimentare nel gestire le responsabilità di cura quotidiane di una persona malata, anziana o disabile.

L'attività di cura svolta dal caregiver familiare o informale consiste infatti in un vero e proprio lavoro, che spesso non si è scelto ma che viene svolto per l'affetto nei confronti del proprio caro. Generalmente questa attività consiste nella gestione dei disturbi comportamentali, nel provvedere all'igiene personale, all'acquisto e somministrazione di farmaci, alla preparazione dei pasti, all'assistenza notturna, alla gestione delle visite mediche e delle terapie prescritte, come anche a fornire assistenza in ospedale. A fronte di tale impegno, spesso, la persona che si prende cura di un familiare non gode del necessario riposo né di periodi di vacanza, di giorni di malattia o di tempo per visite mediche e per i controlli medici per se stessa. Molti caregiver, infatti, dichiarano di ammalarsi più spesso e di ricorrere con facilità all'utilizzo di

²¹ Gambina G., Soffiantini G., *E' ancora lui, è ancora lei!* Stella Edizioni 2020.

farmaci e psicofarmaci.²² Il caregiver informale, quindi, nella malattia di Alzheimer risulta essere la seconda vittima e/o paziente.

Nel rapporto del 2016 del CENSIS in collaborazione con l'AIMA²³ condotto su 425 caregiver di pazienti assistiti a domicilio, è emerso che il caregiver dedica al malato mediamente 4,4 ore di assistenza diretta e 10,8 ore di sorveglianza.²⁴

L'impiego di un'ampia parte della propria giornata nell'assistenza del malato produce quindi, inevitabilmente, degli effetti sulla vita lavorativa del caregiver, quali per esempio: le ripetute assenze dal luogo di lavoro per gli uomini e la richiesta del part-time per le donne, che a lungo andare possono portare alla perdita del lavoro.

Molti studi evidenziano che per motivi socioculturali, come in tutto il mondo anche in Italia i principali caregiver sono le donne (fino al 75% del totale) di età compresa tra i 45 e i 64 anni, che spesso lavorano o che hanno dovuto abbandonare la propria attività lavorativa per dedicarsi a tempo pieno alla cura (nel 60% dei casi) del proprio caro.²⁵

Un altro fondamentale aspetto che si deve considerare è la crescente dipendenza del malato dal proprio familiare. L'aiuto, l'assistenza e l'affetto diventano unidirezionali, quasi esclusivamente dal caregiver verso il proprio caro malato ed è proprio la drammatica e involontaria trasformazione della relazione, a rappresentare per il caregiver la principale fonte di stress. Il familiare-caregiver si trova a dover modificare il suo ruolo nei confronti del proprio caro e ciò porterà inesorabilmente a conseguenze anche sul piano delle relazioni sociali: aumentano la solitudine, il ritiro sociale e la perdita di contatto con l'esterno.

1.6.2 CAREGIVER BURDEN INVENTORY

Lo stress: è uno stato di affaticamento e di difficoltà psicofisica nel quale un individuo si trova quando è messo di fronte a dei fatti esterni che richiedono una modificazione

²² Ibidem.

²³ Associazione Italiana Malattia di Alzheimer.

²⁴ www.alzheimer-aima.it/img/iniziative/Aima-Censis-24-febbraio_Sintesi-dei-risultati.pdf

²⁵ (Ransmayr et al., 2018)

del proprio atteggiamento o dei propri comportamenti, ciò può portare ad un esaurimento di energia e si può manifestare con dei sintomi:

- fisici: quali fatica, astenia e insonnia;
- psicologici: senso di colpa, alterazioni dell'umore, scarsa fiducia in sé, irritabilità, sentimenti di rifiuto e rabbia nei confronti dell'ammalato;
- reazioni comportamentali come per esempio: chiusura difensiva al dialogo, spersonalizzazione nei rapporti, accanimento terapeutico, atti di evitamento fino ad arrivare a disinvestire nelle altre proprie aree di vita come per esempio il lavoro, la famiglia e le relazioni.

Uno tra gli strumenti utilizzati da psicologi ed operatori sanitari per valutare le 5 dimensioni dello stress dei caregiver e/o familiari del paziente affetto da Malattia di Alzheimer è il Caregiver Burden Inventory.

Il CBI è uno strumento in grado di analizzare l'aspetto multidimensionale del cosiddetto carico assistenziale che grava sul caregiver, elaborato per i caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenze correlate.

Si tratta di uno strumento self-report, compilato dal caregiver principale, ossia il familiare o l'operatore che maggiormente sostiene il carico dell'assistenza al malato.

Al caregiver è richiesto di rispondere barrando la casella che più si avvicina alla sua condizione o impressione personale. E' uno strumento di rapida compilazione e di semplice comprensione.²⁶

Si suddivide in 5 sezioni e consente di valutare fattori diversi dello stress quali carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo.

Le 5 sezioni sono:

1. Il burden dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza (item 1-5, indicati con la lettera T), che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver;

²⁶ Vedi Allegato n. 1

2. il burden evolutivo (item 6-10, indicati con la lettera S), inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei;
3. il burden fisico (item 11-14, indicati con la lettera F), che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica;
4. il burden sociale (item 15-19, indicati con la lettera D), che descrive la percezione di un conflitto di ruolo;
5. il burden emotivo (item 20-24, indicati con la lettera E), che descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri.

Il CBI permette di ottenere un profilo grafico del burden del caregiver nei diversi domini, per confrontare diversi soggetti e per osservare immediatamente le variazioni nel tempo del burden.

I caregiver con lo stesso punteggio totale possono presentare diversi modelli di burden. Questi diversi profili sono rivolti ai diversi bisogni sociali e psicologici dei caregiver e rappresentano i differenti obiettivi di diversi metodi di intervento pianificati per dare sollievo agli specifici punti deboli evidenziati nel test.

Le minori affidabilità del test si riscontrano a proposito del carico emotivo e sociale.

Pertanto esistono altre scale utilizzate per la misurazione del burden validate in italiano come: la *Zarit Burden Interview* (ZBI) e il *NeuroPsychiatric Inventory* (NPI), che non verranno trattate in questo elaborato.

CAPITOLO II: MATERIALI E METODI

2.1 TIPO e CONTESTO DI STUDIO

Il presente elaborato è una revisione narrativa della letteratura che mira a rispondere ad uno specifico quesito di ricerca.

2.2 QUESITO DI RICERCA

Il quesito di ricerca, formulato tramite il metodo PIO/PICO, a cui si è cercato di rispondere con questa revisione della letteratura si è focalizzato su: *quali sono le conseguenze dal punto di vista fisico, psicologico e sociale del “prendersi cura” di un congiunto con il morbo di Alzheimer? Qual è il burden del quale il caregiver del malato di Alzheimer deve farsi carico? che ruolo ha l’infermiere e come può sostenere e dare sollievo al caregiver durante la sua assistenza al malato?*

È stato seguito il metodo PIO (patient, intervention, outcome) al fine di formulare in maniera strutturata il quesito clinico, e selezionare gli articoli pertinenti l’argomento.

Quesito clinico effettuato secondo metodo PIO:

P (paziente/problema): Caregiver/familiare di paziente affetto da Malattia di Alzheimer;

I (intervento): Gestione domiciliare del paziente affetto da Alzheimer;

O (risultato): Istruire, informare ed educare il caregiver tramite brochure.

2.3 FONTI DEI DATI

La ricerca è stata effettuata attraverso la consultazione delle banche dati biomediche PubMed e Google Scholar, nelle quali sono state utilizzate le seguenti parole chiave: *“Alzheimer caregiver burden”* (peso legato all’assistenza al AD), *“Alzheimer’s disease”* (Malattia di Alzheimer) *“guidelines”* (linee guida), *“non pharmacological treatment for Alzheimer”* (trattamenti non farmacologici per malati di Alzheimer), *“home care”* (cure domiciliari), *“quality of life”* (qualità della vita).

Sono stati analizzati articoli in lingua inglese e italiano degli ultimi 5 anni.

2.4 MATERIALE BROCHURE

Per la stesura dell'elaborato e la creazione della brochure sono stati consultati tre Manuali:

- Gambina, G., Soffiantini, G. (2020). E'ANCORA LUI, E'ANCORA LEI! Edizioni Stella. Pp. 103 e ss.
- Saiani, L., Brugnoli, A. (2013). Trattato di Cure Infermieristiche. Volumi I e II. II Edizione. 2018 Edizioni Idelson-Gnocchi 1908 srl.
- Brunner – Suddarth, Hinkle J. H., Cheever K. H., *Infermieristica medico-chirurgica*, Quinta ed., Vol. 1, Casa Editrice Ambrosiana, Edizione 2017.

2.5 CRITERI DI SELEZIONE ED ESCLUSIONE DEI DATI

Sono stati inclusi:

- Studi pubblicati negli ultimi 5 anni
- Studi con l'abstract disponibile
- Studi in inglese ed italiano
- Studi in formato free full text

Sono stati esclusi dall'analisi articoli considerati poco pertinenti all'obiettivo del lavoro di tesi in quanto fuori tema rispetto alla ricerca.

CAPITOLO III: RISULTATI

3.1 RISULTATI DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Di seguito, in Tabella 1, sono riportati in sintesi i 13 articoli rilevanti selezionati sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione precedentemente definiti.

Tabella 1. Presentazione degli studi

Autore/anno/ titolo	Tipo di studio	Obiettivo/ Scopo	Raccomandazioni/ Risultati	Conclusioni
1. Gerhard Ransmayr, Philipp Hermann, Katharina Sallinger, Thomas Benke, Stephan Seiler, Peter Dal-Bianco, Josef Marksteiner, Michaela Defrancesco, Günter Sanin, Walter Struhal, Michael Guger, Milan Vosko, Karin Hagenauer, Riccarda Lehner, Andreas Futschik, Reinhold Schmidt (pubmed)	Studio longitudinale multicentrico	Analisi dei fattori noti e ipotizzati di (CB) caregiver nell'assistenza domiciliare dei pazienti affetti da demenza.	L'età media del caregiver era di 61 anni. Prevalgono le donne caregiver (67,8%). Il punteggio mediano della somma CBI (CBIss) era 16 al basale. Dopo due anni, il CBIss era di 22 e il 37% dei caregiver ha riportato un CBI da lieve a moderato (CBIss 21-40), il 16,8% da moderato a grave o grave (≥ 41) e il 46,2% assente o poco CB (CBIss ≤ 20). Il CB è correlato positivamente con i punteggi NPI, CDR, DS, disabilità (DAD), anni di istruzione dei pazienti e vicinanza del sesso del paziente e del caregiver (femminile) e negativamente con l'età del caregiver. I caregiver hanno riferito restrizioni di tempo, problemi di salute ed emozioni negative.	I risultati sono applicabili per identificare le persone a rischio di CB sostanziale e le sue conseguenze. C'è una domanda di supporto personale, psicologico e medico da parte dei caregiver e una crescente partecipazione maschile.
2. Sally Bennett, Kate Laver, Sebastian Voigt-Radloff, Lori Letts, Lindy Clemson, Maud Graff, Jodie Wiseman, Laura Gitlin (pubmed)	Revisione sistematica e meta-analisi	Determinare l'effetto della terapia occupazionale fornita a casa sulle attività della vita quotidiana, sui sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) e sulla qualità della vita (QOL) per le persone con demenza e l'effetto sul carico di	Sono stati inclusi quindici studi (n=2063). La terapia occupazionale comprendeva più componenti (mediana = 8 sedute). Rispetto alle cure abituale o al controllo dell'attenzione, la terapia occupazionale ha portato a miglioramenti nei seguenti esiti per le persone con demenza: ADL complessiva dopo	I risultati suggeriscono che la terapia occupazionale fornita a domicilio può migliorare una serie di risultati importanti per le persone con demenza e i loro caregiver familiari. Gli operatori sanitari potrebbero prendere in considerazione l'idea di

		assistenza familiare, sulla depressione e sulla qualità della vita	l'intervento (differenza media standardizzata (SMD) 0,61, IC 95% da 0,16 a 1,05); ADL strumentale da solo (SMD 0,22, IC 95% da 0,07 a 0,37; qualità moderata); numero di sintomi comportamentali e psicologici (SMD -0,32, IC 95% da -0,57 a -0,08; qualità moderata); e QOL (SMD 0,76, IC 95% da 0,28 a 1,24) dopo l'intervento e al follow-up (SMD 1,07, IC 95% da 0,58 a 1,55). I caregiver hanno riferito di aver assistito meno ore alla persona con demenza (SMD -0,33, IC 95% da -0,58 a -0,07); ha avuto meno disagio con i comportamenti (SMD -0,23, IC 95% da -0,42 a -0,05; qualità moderata) e ha migliorato la qualità della vita (SMD 0,99, IC 95% da 0,66 a 1,33; qualità moderata). Due studi hanno confrontato la terapia occupazionale con un intervento comparativo e non hanno trovato risultati statisticamente significativi. Le valutazioni GRADE indicavano che l'evidenza era di qualità da molto bassa a moderata.	indirizzarli alla terapia occupazionale.
3. Emily Hellis, Elizabeta B Mukaetova- Ladinska (pubmed)	Revisione sistemica	Le persone con malattia di Alzheimer e demenza in generale beneficiano dell'assistenza domiciliare, come dimostrato dalla loro migliore qualità della vita, dall'aumento della durata della vita e dalla progressione ritardata della malattia. Poiché attualmente quasi la metà dell'assistenza alla demenza è fornita da assistenza informale e non retribuita, la salute, il	Sono stati identificati 19 studi con dati primari. I caregiver informali di anziani con malattia di Alzheimer sperimentano una significativa tensione emotiva, documentata attraverso un aumento dei livelli di ansia e depressione, nonché un aumento del carico del caregiver e una peggiore qualità della vita, principalmente a causa delle ideologie del caregiver, della tensione finanziaria e della mancanza di supporto.	I nostri risultati suggeriscono che il caregiving dovrebbe essere una componente normativa dell'educazione degli adulti per preparare meglio le persone con le abilità mentali e fisiche necessarie per intraprendere il caregiving informale. Dovrebbero anche aiutare a informare i responsabili politici per sviluppare nuovi programmi e servizi per assistere e ridurre la tensione dei caregiver

		benessere e la qualità della vita dei caregiver informali della demenza sono estremamente importanti.		informali, tenendo conto dei loro diversi contesti sociali e culturali.
<p>4.</p> <p>David B Reuben, Tahmineh Romero, Leslie Chang Evertson, Rifugi A Jennings (pubmed)</p>	Studio di coorte longitudinale	Esaminare le caratteristiche sociodemografiche e cliniche di tutti i caregiver che si sono sentiti sopraffatti all'ingresso in un programma completo di cura della demenza, la traiettoria di questo sintomo nell'arco di 1 anno e il suo valore predittivo per gli esiti del caregiver a 1 anno.	Rispetto ai caregiver che non sono stati sopraffatti, i caregiver sopraffatti hanno avuto più angoscia dai sintomi comportamentali della persona che vive con la demenza, punteggi di depressione peggiori e punteggi di carico di demenza composita più elevati al basale. Hanno anche avuto sintomi depressivi peggiori, tensione e punteggi di carico composito a 1 anno, dopo l'aggiustamento per i punteggi di base. Avere un caregiver sopraffatto non ha predetto il collocamento a lungo termine in una casa di cura o la mortalità tra le persone con demenza.	Una singola domanda sul fatto che un caregiver sia sopraffatto potrebbe indicare caregiver che hanno un notevole carico di sintomi attuali e futuri e che possono beneficiare di maggiore supporto e risorse.
<p>5.</p> <p>Hamid Sharif Nia, Lida Hosseini, Mansourh Ashghali Farahani, Erika Sivarajan Froelicher (pubmed)</p>	Studio metodologico con un approccio sequenziale-esplorativo misto	Il presente studio è stato progettato per sviluppare una scala di gestione dello stress da cura valida e affidabile per i caregiver familiari di pazienti con Alzheimer.	Questo studio ha progettato il CSMS con due fattori, tra cui il coping focalizzato sulle emozioni (4 item) e il coping focalizzato sui problemi (4 item) che spiegano il 51,00% della varianza totale. I risultati dell'analisi fattoriale di conferma hanno mostrato un buon adattamento del modello. Inoltre, la coerenza interna e la stabilità di questa scala erano accettabili.	I risultati hanno mostrato che la scala di gestione dello stress da cura ha due fattori nei caregiver familiari iraniani ed è valida e affidabile e può essere utilizzata da terapisti e ricercatori

<p>6.</p> <p>Tarik S Khan 1, Karen B Hirschman 1, Matteo D McHugh 2, Maria D Naylor (pubmed)</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Lo scopo di questa analisi concettuale è quello di colmare le lacune fondamentali nella comprensione dell'autoefficacia nei caregiver familiari di anziani con decadimento cognitivo, compreso l'aggiornamento dell'analisi concettuale di 26 anni fa con una definizione contemporanea.</p>	<p>Vengono identificati otto attributi che definiscono questo concetto. La definizione rivista di autoefficacia in questa popolazione è la fiducia di un caregiver familiare nella propria capacità di: gestire i comportamenti e altri stress di assistenza, controllare i pensieri sconvolgenti, acquisire informazioni mediche, gestire problemi medici, ottenere l'autocura, accedere ai supporti della comunità, assistere nelle attività della vita quotidiana e in altre cure e mantenere un buon rapporto con un parente, un amico o un vicino di un anziano con deterioramento cognitivo.</p>	<p>Questo documento utilizza oltre un quarto di secolo di ricerca per sviluppare l'analisi originale di Mowat e Spence Laschinger (1994) e aggiornare la definizione del concetto. Questa analisi dovrebbe fornire ai ricercatori una comprensione più chiara di questo concetto e una rinnovata enfasi sull'importanza di interventi mirati per migliorare l'autoefficacia in questa popolazione vulnerabile che si prende cura di loro.</p>
<p>7.</p> <p>Robin van den Kieboom , Liselore Snaphaan , Ruth Contrassegno, Inge Bongers (pubmed)</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Al fine di minimizzare e ridurre il carico del caregiver, è importante esplorare la sua traiettoria e i fattori di rischio che lo accompagnano man mano che la demenza progredisce</p>	<p>1.506 risultati sono emersi durante la ricerca sistematica, ma solo undici articoli hanno effettivamente soddisfatto i criteri di inclusione per questa revisione. La traiettoria del carico del caregiver è molto variabile e dipende da molteplici fattori. Importanti fattori di rischio includevano: i sintomi comportamentali e neuropsichiatrici dei pazienti e il loro declino nel funzionamento dell'(I)ADL; l'età, il sesso e la salute fisica e mentale del caregiver; e, all'interno delle diadi (paziente/caregiver), convivenza e parentela.</p>	<p>Non esiste una soluzione valida per tutti per prevedere come il carico del caregiver cambierà nel tempo, ma fattori specifici (come l'essere coniuge e l'aumento della compromissione comportamentale e il declino dello stato funzionale nel paziente) possono aumentare il rischio. Anche altri fattori, non ancora inclusi in modo esaustivo negli studi pubblicati, potrebbero rivelarsi importanti fattori di rischio. Si raccomanda una ricerca futura nel campo della riduzione del carico del caregiver per integrare le caratteristiche del paziente, del caregiver e del contesto nella traiettoria del carico del caregiver e per valutare più chiaramente la fase della progressione della demenza e l'uso di risorse esterne.</p>

<p>8.</p> <p>Shelley A Sternberg, Ron Sabar, Glynis Katz, Ronit Segal, Liat Fux-Zach, Valeria Grofman, Gery Roth, Netta Cohen, Zorian Radomyslaski, Netta Bentur (pubmed)</p>	<p>Progetto pilota</p>	<p>Esaminare i risultati clinici e dei servizi sanitari di un progetto pilota di miglioramento della qualità per fornire assistenza domiciliare in hospice per le persone anziane con demenza avanzata.</p>	<p>I risultati si basano su 112 mesi di cura con una media di 5,6 mesi (DS 1,6) per partecipante. I partecipanti avevano in media 83,5 anni (DS 8,6), il 70% donne, in assistenza domiciliare da 2,8 (DS 2,0) anni, avevano demenza da 5,6 (DS 3,6) anni con comorbidità multiple ed erano stati ricoverati in ospedale per una media di 14,0 (SD 18,1) giorni nell'anno precedente al progetto. Quattro pazienti sono stati nutriti con nutrizione artificiale. Durante il progetto pilota, 4 pazienti sono deceduti, 2 pazienti si sono ritirati, 1 paziente è stato trasferito in una casa di cura e 13 sono tornati al loro consueto programma di assistenza domiciliare. Il programma di hospice domiciliare ha portato a un miglioramento significativo ($p < 0,001$) in: gestione dei sintomi (punteggio di 33,8 al momento del ricovero sulla scala di gestione dei sintomi di Volicer è aumentato a 38,3 alla dimissione), soddisfazione per l'assistenza (da 27,5 a 35,3) e un calo significativo del carico del caregiver (da 12,1 a 1,4 sull'indice di Zarit Burden). Ci sono stati cinque ricoveri e 33 ricoveri prevenuti, e una media di 2,1 (DS 1,4) farmaci interrotti per partecipante. I familiari hanno riferito che la professionalità e la disponibilità 24 ore su 24, 7 giorni su 7 del personale hanno fornito il valore aggiunto del programma</p>	<p>Questo progetto pilota di miglioramento della qualità suggerisce che l'assistenza domiciliare in hospice per le persone anziane con demenza avanzata può migliorare la gestione dei sintomi e la soddisfazione del caregiver, riducendo al contempo il carico del caregiver, prevenendo i ricoveri e interrompendo i farmaci non necessari. Identificare le persone anziane con demenza avanzata con una prognosi di 6 mesi rimane una sfida importante.</p>
---	------------------------	---	---	---

<p>9.</p> <p>Carlene Souza Silva Manzini, Francisco Assis Carvalho do Vale</p> <p>(pubmed)</p>	<p>Studio trasversale</p>	<p>Valutare il carico, lo stress, la depressione e i sintomi di ansia nei caregiver familiari di anziani con malattia di Alzheimer.</p>	<p>Dei caregiver valutati nel sottogruppo con AD grave, il 47,3% aveva un carico intenso; l'86,4% ha mostrato livelli di stress significativi; Il 57% ha presentato gravi livelli di ansia e il 36,9% ha presentato lievi sintomi di depressione.</p>	<p>Prendersi cura di un familiare con il morbo di Alzheimer genera peso, stress, ansia e depressione. Possono essere istituiti gruppi di supporto composti da un'équipe multiprofessionale per assistere i caregiver. Queste azioni possono aiutare i caregiver a far fronte alle richieste e alle sfide quotidiane e a garantire una migliore qualità dell'assistenza in una popolazione sempre più anziana.</p>
<p>10.</p> <p>Nadia M Tawfik, Noha A Sabry, Hatem Darwish, Maha Mowafy, Saeed S A Soliman</p> <p>(pubmed)</p>	<p>Studio randomizzato controllato</p>	<p>Lo scopo di questa ricerca è stato quello di valutare l'effetto del programma psicoeducativo sul carico e sulla qualità della vita dei caregiver familiari per le persone con demenza.</p>	<p>I risultati hanno rivelato che l'80% dei caregiver familiari erano donne e il 42% erano figlie. La media \pm DS del carico basale è stata di $61 \pm 13,7$ e $60,9 \pm 10$ rispettivamente nello studio e nel gruppo di controllo. Il punteggio di carico ZBI nel gruppo di studio ha dimostrato un calo significativo dopo il programma psicoeducativo rispetto al gruppo di controllo. L'analisi di regressione logistica ha mostrato che i caregiver che hanno ricevuto il programma psicoeducativo hanno un OR (IC 95%) di 14 (3,1-67,8) rispetto a quelli che non hanno ricevuto il programma psicoeducativo.</p>	<p>Il programma psicoeducativo è efficace nel ridurre il peso percepito dai caregiver familiari. Questi risultati devono essere presi in considerazione nello sviluppo di programmi completi di cura della demenza per aumentare le strategie che aiutano i caregiver a trattare con i loro pazienti.</p>
<p>11.</p> <p>Hadis Ashrafizadeh, Mahin Gheibizadeh, Maryam Rassouli, Fateme Hajibabae, Shahnaz Rostami</p> <p>(pubmed)</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Lo scopo di questo studio è stato quello di spiegare l'esperienza dei caregiver familiari per quanto riguarda la cura dei malati di Alzheimer.</p>	<p>Un totale di 11 caregiver con età media e deviazione standard 48, $\pm 26,12$ hanno partecipato allo studio. I dati acquisiti sono stati suddivisi in due categorie principali: "burnout ed esaurimento" con sei sottocategorie e "eccellenza e crescita personale" con tre sottocategorie.</p>	<p>In questo studio, abbiamo scoperto che le percezioni del ruolo dei caregiver non erano le stesse tra i partecipanti allo studio, che hanno sperimentato dimensioni sia positive che negative della fornitura di assistenza ai pazienti con AD. L'esperienza di cura ha uno spettro che, in alcune persone, porta a</p>

				risultati positivi come la crescita. Una parte importante delle sfide del caregiver è legata al peso dello sforzo assistenziale e alla natura erosiva della malattia. Pertanto, i pianificatori sanitari dovrebbero identificare le sfide, il dolore e la sofferenza dei caregiver e cercare di affrontarli attraverso strategie appropriate.
12. Anna Soltys, Ernest Tyburski (google scholar)	studio trasversale	Lo scopo dello studio è quello di esaminare la relazione tra risorse mentali e problemi di salute mentale in entrambi i gruppi di caregiver formali ed informali.	Non ci sono state differenze significative tra caregiver informali e formali in termini di variabili psicologiche, cioè senso di coerenza, supporto sociale, autoefficacia o problemi di salute mentale. Al contrario, c'erano diversi predittori significativi di problemi di salute mentale in entrambi i gruppi. La comprensibilità (SCQ) è stata un predittore significativo di problemi di salute mentale misurati dal DAQ e l'autoefficacia (GSES) è stata un predittore significativo di problemi di salute mentale misurati dal GHQ nei caregiver informali. Per i caregiver formali, il supporto emotivo (SSQ) e la comprensibilità (SCQ) erano predittori significativi di problemi di salute mentale misurati da DAQ, mentre il supporto tangibile (SSQ) e la significatività (SCQ) erano predittori significativi di problemi di salute mentale misurati da GHQ.	Le risorse personali sono predittori significativi degli esiti di salute mentale nei caregiver di pazienti con AD. Le azioni preventive dovrebbero pertanto includere la valutazione dei fattori che incidono sulla salute mentale dei caregiver al fine di fornire loro le cure necessarie e creare gruppi di sostegno adeguati.
13. Munevver Ozcan, İmatullah Akyar	Studio qualitativo	Questo studio ha cercato di esplorare le esperienze dei caregiver e le esigenze di supporto per i pazienti con	I caregiver hanno dichiarato di aver incontrato difficoltà nelle attività di cura dei pazienti e di aver bisogno di supporto. Sono stati	Lo studio attuale ha confermato che i caregiver di pazienti con malattia di Alzheimer in stadio moderato hanno

(google scholar)		malattia di Alzheimer in stadio moderato.	identificati tre temi: (i) cambiamenti legati alla malattia di Alzheimer; (ii) cambiamento nella vita dei caregiver; e (iii) sostenere i bisogni e le strategie di coping sul processo di cura.	bisogno di un supporto adeguato per far fronte alle attività e ai sistemi di assistenza quotidiana che li aiutano a superare le sfide della vita. Si può raccomandare lo sviluppo di un sistema basato sulla necessità dei caregiver specifici per la fase di ridurre le sfide quotidiane dell'assistenza e lo stress economico ed emotivo schiacciante.
------------------	--	---	---	--

3.2 CREAZIONE DI UNA BROCHURE INFORMATIVA ED EDUCATIVA

Durante la mia esperienza lavorativa presso PrivatAssistenza²⁷ nel 2022-2023, ho avuto la possibilità di prestare assistenza domiciliare come aiuto/supporto durante le ore notturne ad anziani alcuni dei quali affetti da demenza ed Alzheimer.

Grazie a questa mia esperienza sono venuta in contatto per la prima volta con caregiver e familiari di pazienti con AD e con la realtà di isolamento che alcuni di essi vivono. Attraverso questa rete lavorativa sono inoltre venuta a conoscenza del Corso pratico per familiari e assistenti domiciliari, IX edizione, organizzata dall'AFAM²⁸ di Verona con il patrocinio di Lions International. Questo corso si sviluppava in 5 incontri a cui ho preso parte nei mesi di novembre e dicembre 2023 e grazie al quale è nata la mia idea di creare una brochure informativa ed educativa per caregiver di malati di Alzheimer.

La brochure è una strategia educativa sottoforma di libretto rivolta ad adolescenti, adulti e anziani che ha la funzione di trasmettere informazioni teorico-pratiche. Può

²⁷ Società Cooperativa che si occupa di Servizi Assistenza Domiciliare, conosciuta come la 1° Rete nazionale di assistenza a domicilio.

²⁸ Associazione Familiari Malati di Alzheimer.

essere inserita quindi all'interno di un progetto educativo, proposto da figure infermieristiche specializzate, in modo che quest'ultimo diventi più efficace.²⁹

La brochure, disponibile in Allegato 2, è stata prodotta tra gennaio e marzo 2024.

Il risultato, in accordo con la più recente letteratura disponibile, ha generato la suddivisione della brochure come segue:

- cos'è la Malattia di Alzheimer;
- come riconoscere i primi segni di demenza;
- terapia;
- chi è il caregiver nella MA;
- principali effetti negativi che ha l'assistenza sul caregiver;
- un decalogo per il caregiver;
- contatti di riferimento per domande/dubbi/emergenze: parte conclusiva della brochure in cui si possono reperire i contatti utili, in caso di necessità, di associazioni e servizi che si occupano di aiuto e sostegno al caregiver.

²⁹ Bobbo, N. (2012, ottobre). Fondamenti pedagogici di educazione del paziente. Coop. Libreria Editrice Università di Padova. Pp. 269 e ss.

CAPITOLO IV: DISCUSSIONE e CONCLUSIONI

4. 1 DISCUSSIONE

Il presente elaborato si è posto l'obiettivo di analizzare l'impatto che l'assistenza ad un malato di Alzheimer ha sulla qualità di vita di chi lo assiste, al fine di evidenziare e definire degli interventi per la promozione del benessere psico-fisico del caregiver. Questi interventi sono stati successivamente raccolti in un opuscolo e messi a disposizione per il sostegno di chi si prende cura di un familiare.

Inizialmente si sono definiti gli effetti che l'assistenza ad un malato di Alzheimer può avere sul caregiver:

- Effetti psicologici: depressione, ansia, insonnia e difficoltà di concentrazione, sofferenza e disorientamento, bassa autoefficacia percepita, senso di impotenza, diminuzione del tempo da dedicare al lavoro e al resto della famiglia;
- Effetti sulla salute: affaticamento, riduzione del tempo per la cura di sé, alto uso di psicofarmaci, compromissione della risposta immunitaria;
- Effetti sulle relazioni sociali: isolamento sociale, alto senso di responsabilità, progressiva perdita di relazione comunicativa con il familiare malato;
- Effetti sulla attività lavorativa e finanziaria: costi diretti (spese- farmaci, ospedale, perdita del lavoro, costo dell'assistente familiare), indiretti (adattare la casa, risorse non prodotte a causa della malattia) e intangibili (energie, sofferenza fisica, tempo);
- Peggioramento della qualità della vita, sia in termini di benessere che in termini di desideri/valori.

Dalla ricerca effettuata, poi, si è cercato di evidenziare quali tra gli interventi mirati al caregiver possano essere tra i più efficaci per un miglioramento della qualità di vita e un alleviamento del burden da essi percepito nel periodo di accudimento del proprio familiare/malato di Alzheimer. In considerazione del fatto che ogni individuo è unico

tutti gli interventi dovrebbero essere modulati secondo le esigenze specifiche e situazionali.

In conclusione, tra i consigli più utili e diffusi che potrebbero aiutare il caregiver nel suo percorso di assistenza ne abbiamo selezionati dieci e li abbiamo inseriti nella brochure informativa-educativa in forma di decalogo, elencandoli come segue:

- Ascoltare e accogliere i propri limiti;
- Ricordare a se stessi che si è importanti per sé e per il malato;
- Non temere i giudizi altrui;
- Ascoltare i campanelli di allarme riguardanti la sfera fisica o psicologica, riferirli al medico, chiedere ed accettare aiuto;
- Consentirsi il diritto di una pausa, richiedere delle sostituzioni momentanee ma con cadenza regolare, al fine di recuperare se stessi e i propri affetti o hobbies;
- Preservare la rete di relazione sociale;
- Informarsi e formarsi. La conoscenza della malattia e dei disturbi che ne conseguono portano ad una migliore comprensione, tolleranza e gestione delle situazioni complesse;
- Ricercare routine che diano sicurezza a entrambi (sia caregiver che malato);
- Informarsi su iniziative/realtà (associazioni, centri diurni) presenti sul territorio che possono fornire qualsivoglia tipo di supporto e/o aiuto;
- Non sostituirsi al malato, ma supportarlo nelle azioni quotidiane per non perdere le sue capacità nelle attività quotidiane.

4.2 LIMITI DELLO STUDIO

In questa revisione della letteratura, in cui è stata analizzata la figura del caregiver familiare e del caregiver burden, ci si è limitati a 13 articoli pubblicati tra gli anni 2019-2024 e che soddisfano i criteri di inclusione. Non sono stati considerati studi in

altre lingue né studi a pagamento. E benché l'Italia sia ormai un paese multiculturale, la brochure è stata fatta solo in lingua italiana e non in altre lingue.

4.3 CONCLUSIONI

Come dichiarato dall'OMS nel suo rapporto del 2017, e dall'AIMA, siamo di fronte ad un aumento esponenziale del numero di malati affetti da forme di demenza, di cui la malattia di Alzheimer è una delle più diffuse. Questi dati ci fanno riflettere sul fatto che, conseguentemente, aumenterà anche la richiesta di assistenza domiciliare di questi pazienti e che, la figura del caregiver informale, diventerà sempre più una figura chiave nell'assistenza del familiare malato.

Si è inoltre riscontrato che il grado di progressione della malattia, in particolare la comparsa di disturbi comportamentali è direttamente proporzionale all'impegno richiesto dal caregiver e tale particolare è molto importante in quanto impatta significativamente sulla salute dello stesso.

Nonostante quindi, vi sia un progressivo allungamento dell'aspettativa di vita, possiamo affermare che non sono aumentati gli studi che propongono delle soluzioni pratiche per aiutare il caregiver ad alleggerire il suo carico assistenziale. E' necessario quindi che il Burden del caregiver che si prende cura del malato di Alzheimer e non solo, diventi un argomento più trattato e indagato, partendo per esempio dalla psico-educazione che sembrerebbe essere risultata efficace in alcuni contesti.

Oggigiorno, infatti, le tecniche psicoterapeutiche vengono sempre più utilizzate in modo efficace ed efficiente per assistere il caregiver nel suo processo di assistenza al malato.

In conclusione, anche a livello sociale, bisognerebbe incrementare l'organizzazione di campagne di sensibilizzazione e di riconoscimento, anche attraverso i canali ufficiali, della necessità di prendere in carico le esigenze dei caregiver dei pazienti malati di Alzheimer. In definitiva bisognerebbe iniziare a prendersi cura di chi si prende cura.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. WHO, *Global action plan on the public health response to dementia*, Report 2017
2. Gambina G., Soffiantini G., *E'ancora lui, è ancora lei!* Stella Edizioni 2020
3. Brunner – Suddarth, Hinkle J. H., Cheever K. H., *Infermieristica medico-chirurgica*, Quinta ed., Vol. 1, Casa Editrice Ambrosiana, 2017
4. Saladin K. S., *Anatomia umana*, Piccin, 2017
5. Bobbo, N. (2012, ottobre). *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*. Coop. Libreria Editrice Università di Padova.
6. Codici 1001 e 1003 della gazzetta ufficiale del 26/02/92, n. 43
7. Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, Holstege H, Chételat G, Teunissen CE, Cummings J, van der Flier WM. *Alzheimer's disease*. Lancet. 2021 Apr 24;397(10284):1577-1590. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32205-4. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33667416; PMCID: PMC8354300.
8. Koca E, Taşkapilioğlu Ö, Bakar M. *Caregiver Burden in Different Stages of Alzheimer's Disease*. Noro Psikiyatr Ars. 2017 Mar;54(1):82-86. doi: 10.5152/npa.2017.11304. Epub 2017 Mar 1. PMID: 28566965; PMCID: PMC5439478.
9. Bennett S, Laver K, Voigt-Radloff S, Letts L, Clemson L, Graff M, Wiseman J, Gitlin L. *Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis*. BMJ Open. 2019 Nov 11;9(11):e026308. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026308. PMID: 31719067; PMCID: PMC6858232.
10. Hellis E, Mukaetova-Ladinska EB. *Informal Caregiving and Alzheimer's Disease: The Psychological Effect*. Medicina (Kaunas). 2022 Dec 27;59(1):48. doi: 10.3390/medicina59010048. PMID: 36676672; PMCID: PMC9863258.
11. Reuben DB, Romero T, Evertson LC, Jennings LA. *Overwhelmed: a Dementia Caregiver Vital Sign*. J Gen Intern Med. 2022 Aug;37(10):2469-2474. doi: 10.1007/s11606-021-07054-3. Epub 2021 Aug 13. PMID: 34389938; PMCID: PMC9360256.
12. Sharif Nia H, Hosseini L, Ashghali Farahani M, Froelicher ES. *Development and validation of care stress management scale in family caregivers for people with Alzheimer: a sequential-exploratory mixed-method study*. BMC Geriatr. 2023 Feb 7;23(1):82. doi: 10.1186/s12877-023-03785-6. PMID: 36750799; PMCID: PMC9903488.

13. Khan TS, Hirschman KB, McHugh MD, Naylor MD. Self-efficacy of family caregivers of older adults with cognitive impairment: A concept analysis. Nurs Forum. 2021 Jan;56(1):112-126. doi: 10.1111/nuf.12499. Epub 2020 Sep 4. PMID: 32888197; PMCID: PMC8549654.
14. Van den Kieboom R, Snaphaan L, Mark R, Bongers I. The Trajectory of Caregiver Burden and Risk Factors in Dementia Progression: A Systematic Review. J Alzheimers Dis. 2020;77(3):1107-1115. doi: 10.3233/JAD-200647. PMID: 32804093; PMCID: PMC7683084.
15. Sternberg SA, Sabar R, Katz G, Segal R, Fux-Zach L, Grofman V, Roth G, Cohen N, Radomyslaski Z, Bentur N. Home hospice for older people with advanced dementia: a pilot project. Isr J Health Policy Res. 2019 May 6;8(1):42. doi: 10.1186/s13584-019-0304-x. Erratum in: Isr J Health Policy Res. 2019 Jul 1;8(1):56. PMID: 31060626; PMCID: PMC6501395.
16. Charles E, Bouby-Serieys V, Thomas P, Clément JP. Relation entre événements de vie, traumatismes et démence; étude ouverte portant sur 565 patients déments. Links between life events, traumatism and dementia; an open study including 565 patients with dementia. Encephale. 2006 Oct;32(5 Pt 1):746-52. French. doi: 10.1016/s0013-7006(06)76227-3. PMID: 17099599.
17. Tawfik NM, Sabry NA, Darwish H, Mowafy M, Soliman SSA. Psychoeducational Program for the Family Member Caregivers of People with Dementia to Reduce Perceived Burden and Increase Patient's Quality of Life: A Randomized Controlled Trial. J Prim Care Community Health. 2021 Jan-Dec;12:21501327211014088. doi: 10.1177/21501327211014088. PMID: 33971764; PMCID: PMC8120530.
18. Pievani M, Rasser PE, Galluzzi S, Benussi L, Ghidoni R, Sabattoli F, Bonetti M, Binetti G, Thompson PM, Frisoni GB. Mapping the effect of APOE epsilon4 on gray matter loss in Alzheimer's disease in vivo. Neuroimage. 2009 May 1;45(4):1090-8. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.01.009. Epub 2009 Jan 21. PMID: 19349226; PMCID: PMC2739903.
19. Cai X, Zhou L, Han P, Deng X, Zhu H, Fang F, Zhang Z. Narrative review: recent advances in doll therapy for Alzheimer's disease. Ann Palliat Med. 2021 Apr;10(4):4878-4881. doi: 10.21037/apm-21-853. PMID: 33966426.
20. www.salute.gov.it/portale
21. www.alzheimer-aima.it/

ALLEGATI:

ALLEGATO 1: CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

(Novak M. e Guest C., Gerontologist, 29, 798-803, 1989)

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= per nulla 1= un poco 2= moderatamente 3= parecchio 4= molto

T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane 0 1 2 3 4

T-D2. Il mio familiare è dipendente da me 0 1 2 3 4

T-D3. Devo vigilarlo costantemente 0 1 2 3 4

T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici) 0 1 2 3 4

T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza 0 1 2 3 4

S6. Sento che mi sto perdendo vita 0 1 2 3 4

S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione 0 1 2 3 4

S8. La mia vita sociale ne ha risentito 0 1 2 3 4

S9. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente 0 1 2 3 4

S10. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita 0 1 2 3 4

F11. Non riesco a dormire a sufficienza 0 1 2 3 4

F12. La mia salute ne ha risentito 0 1 2 3 4

F13. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute 0 1 2 3 4

F14. Sono fisicamente stanca 0 1 2 3 4

D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto 0 1 2 3 4

D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari 0 1 2 3 4

D17. Ho avuto problemi con il coniuge 0 1 2 3 4

D18. Sul lavoro non rendo come di consueto 0 1 2 3 4

D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno 0 1 2 3 4

E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare 0 1 2 3 4

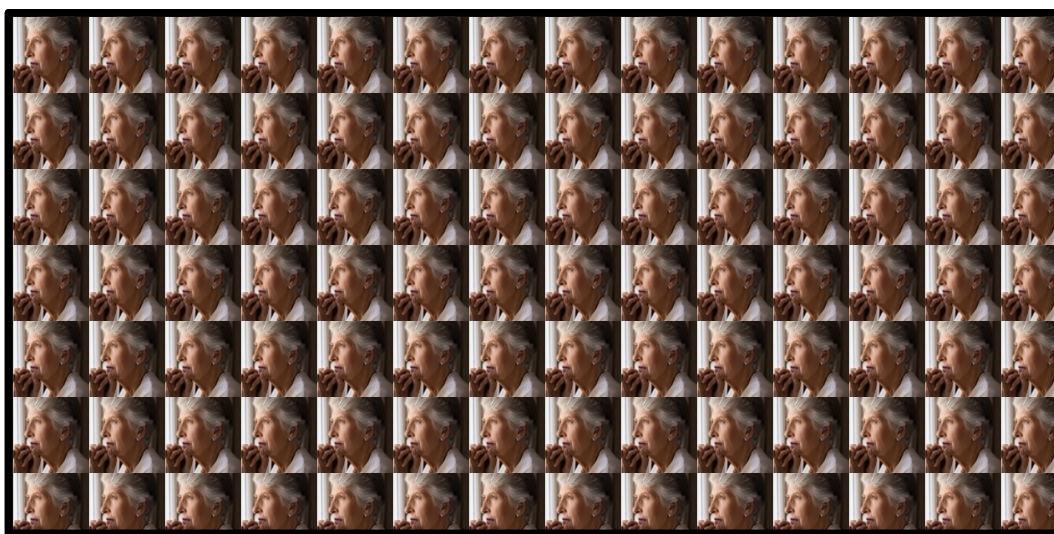
E21. Mi vergogno di lui/lei 0 1 2 3 4

E22. Provo del risentimento nei suoi confronti 0 1 2 3 4

E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa 0 1 2 3 4

E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi 0 1 2 3 4

SALVAGUARDIA DEL CAREGIVER NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER



***“Non è mai troppo presto, non è
mai troppo tardi”***

21 Settembre Giornata Mondiale dell’Alzheimer

COS'È LA MALATTIA DI ALZHEIMER (MA)?

È una forma di demenza a causa sconosciuta; una malattia che colpisce il cervello, cronica e progressiva. Comporta la degenerazione di facoltà mentali, affettività ed emotività, comportamento e personalità. Questa malattia porta ad un deterioramento della qualità di vita e perdita di autonomia del malato con conseguente preoccupazione e fatica a chi gli sta accanto.

Come riconoscere una manifestazione di demenza:

attività di tipo ripetitivo, attaccamento, perdita di oggetti e accuse di furto, deliri e allucinazioni, comportamenti disinibiti, perdita dell'orientamento, violenza e aggressività, depressione e ansia.



C'È UNA TERAPIA?

Al giorno d'oggi la malattia di Alzheimer è inguaribile ma curabile, in quanto è possibile prendersi cura del malato affetto da demenza accompagnandolo nel percorso in modo da salvaguardare il più possibile la qualità della vita. Entra in gioco così la figura del caregiver.

CHI È IL CAREGIVER NELLA MA?

Colui che si prende cura di un malato di Alzheimer, spesso un familiare di riferimento che si occupa personalmente e stabilmente del malato.

Fare il caregiver nella MA è un compito molto difficile e richiede un notevole impegno, sia a livello assistenziale, sia a livello emotivo e relazionale.



PRINCIPALI EFFETTI NEGATIVI CHE HA L'ASSISTENZA SUL CAREGIVER

Nella MA il malato diviene sempre più dipendente dal caregiver, che deve sobbarcarsi l'onere della cura. Deve

occuparsene da un punto di vista fisico, ma anche per tutti gli altri aspetti, deve interpretarne bisogni e necessità, supervisionare ogni sua attività, stimolarlo, coinvolgerlo, stargli accanto sempre più via via che la malattia progredisce.

Ciò significa spesso annullare sé stessi, le proprie attività, i propri sogni, gli amici, gli svaghi. Sono molti i sentimenti e i vissuti negativi sperimentati dai caregiver: tristezza, depressione, angoscia, rabbia, paura, incertezza, senso di colpa, solitudine, nostalgia, sofferenza, fatica, sacrifici.

DECALOGO PER IL CAREGIVER

1. ascoltare e accogliere i propri limiti;
2. ricordare a se stessi che si è importanti per se e per il malato;
3. non temere i giudizi altrui;
4. ascoltare i campanelli di allarme riguardanti la sfera fisica e psicologica, riferirli al medico, chiedere ed accettare aiuto;
5. consentirsi il diritto di una pausa, richiedere delle sostituzioni momentanee ma con cadenza regolare, al fine di recuperare sé stessi e i propri affetti o hobbies;
6. preservare la rete di relazione sociale;
7. informarsi e formarsi, la conoscenza della malattia e dei disturbi che ne conseguono portano ad una migliore comprensione, tolleranza e gestione delle situazioni complesse;
8. ricercare routine che diano sicurezza ad entrambi (caregiver e malato);
9. informarsi su iniziative (associazioni, centri diurni) presenti sul territorio;
10. non sostituirsi al malato, ma **supportarlo nelle azioni quotidiane per non perdere le sue capacità nelle attività quotidiane.**



ASSOCIAZIONI E CONTATTI DI RIFERIMENTO

**Associazione Familiari Malati di
Alzheimer – Verona – Onlus**
Via Marconi, 21/A (angolo via Don. C.
Steeb)-37122 Verona
Tel. 045. 8345975
Fax 045. 9235400
E-mail: alzheimer.fam@libero.it

“Amare significa esserci”



SERVIZI ASSISTENZIALI:

A domicilio:

- Servizio di assistenza domiciliare (SAD)
- Progetto Sollievo: luogo dove operatori formati e preparati accolgono per qualche ora alla settimana persone con decadimento cognitivo lieve
- Sezione Alta protezione Alzheimer Domiciliare (SAPAD)
- Impegnativa di cura domiciliare per persone non autosufficienti (ICD)

Servizi semiresidenziali:

- Centro diurno per persone anziane non autosufficienti

Servizi residenziali:

- Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti
- Sezione ad Alta Protezione Alzheimer (SAPA)

Altri servizi:

- Assistenza Domiciliare Infermieristica (ADI)
- Assistenza Programmata
- Contributo assistenziale regionale di “telesoccorso-telecontrollo”
- Residenza Sanitaria Assistita (RSA)
- Soggiorni climatici
- Gruppi di sostegno e supporto psicologico, individuale e di gruppo,
- incontri di counseling