

# Accompagnamento, assistenza, cure e trattamento di persone con demenza

Raccomandazioni per istituti di lunga degenza

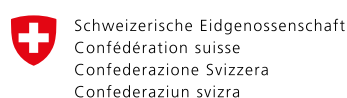
Giugno 2020



Un progetto di:



Commissionato da:



Dipartimento federale dell'interno DFI  
**Ufficio federale della sanità pubblica UFSP**

# Perché questa pubblicazione?

Le presenti raccomandazioni descrivono le condizioni ottimali da riservare alle persone con demenza in istituti di lunga degenza. Non hanno carattere vincolante, il loro scopo è permettere di verificare accuratamente il potenziale e le strutture già esistenti. Grazie a queste raccomandazioni si intende inoltre incoraggiare la realizzazione di progetti e di nuovi processi. La loro attuazione dipende dalle possibilità dei singoli istituti. Fondamentali per la riuscita dell'attuazione sono l'aggiornamento e l'impiego di collaboratori con conoscenze ed esperienze specialistiche. Inoltre, un atteggiamento centrato sulla persona da parte di tutti i collaboratori costituisce un presupposto fondamentale per l'accompagnamento di persone con demenza.



**A**

Principi generali di comportamento nei confronti delle persone con demenza

# Indice

Premessa	4
A Principi generali di comportamento nei confronti delle persone con demenza	5
1 Collaborazione con i familiari	7
2 Cure e trattamento, assistenza e accompagnamento interprofessionali	8
3 Infrastruttura	15
4 Personale	16
5 Autodeterminazione delle persone con demenza	18
6 Alimentazione	19
Esempi di attuazione delle raccomandazioni	21
Allegati	24

# Premessa

Nell'ambito del progetto 3.5 della Strategia nazionale sulla demenza 2014–2019, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha incaricato Alzheimer Svizzera di elaborare raccomandazioni per le cure, il trattamento, l'assistenza e l'accompagnamento di alta qualità delle persone con demenza in istituti di lunga degenza. Come base Alzheimer Svizzera ha usato le raccomandazioni DemCare®, elaborate nel 2013 in diversi seminari da specialisti in demenza provenienti da tutti i servizi dei centri di cura della Città di Zurigo (PZZ) e da esperti di diverse professioni. È stata inoltre coinvolta una collaboratrice scientifica del centro di gerontologia dell'Università di Zurigo. Le raccomandazioni si basano sulle conoscenze specialistiche e sull'ampia esperienza pratica di tutti i partecipanti. Fondandosi sulle raccomandazioni DemCare® Alzheimer Svizzera ha organizzato un workshop tra i portatori di interessi, in occasione del quale rappresentanti provenienti da tutta la Svizzera hanno discusso sulla formulazione e sul contenuto delle raccomandazioni. Le raccomandazioni sono state inoltre perfezionate sulla scorta di una consultazione supplementare estesa per la prima volta a tutta la Svizzera cui hanno partecipato circa 40 attori di case per anziani e case di cura, scuole universitarie professionali, amministrazioni sanitarie oppure organizzazioni cantonali. La presente pubblicazione è dunque il frutto delle competenze nel campo della demenza distribuite su tutto il territorio nazionale.

Ringraziamo tutti gli attori che hanno contribuito alla formulazione delle presenti raccomandazioni nell'ambito del workshop dei portatori di interessi oppure della consultazione allargata. Hanno partecipato le seguenti organizzazioni:

- Alters- und Pflegeheim Krone Rehetobel
- Alterswohnheim Walzenhausen
- Amt für Gesundheit, Basel Landschaft
- Amt für Gesundheit, Schwyz
- Amt für Gesundheit, Thurgau
- Amt für Soziales, Appenzell Ausserrhodens
- Curaviva, Fachbereich Erwachsene mit Behinderung
- Domicil Bern
- Domicil Bethlehemacker
- Domicil Efenau
- Domicil Oberried
- Fachhochschule St. Gallen, Fachstelle Demenz
- Fokus, Leben mit Demenz
- Fondation Primeroche
- Fondation Saphir
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
- Haute école Arc (HeArc)
- Hôpitaux universitaires Genève (HUG)
- Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (GDK/CDS)
- Cura di lungodegenza Svizzera
- Lindenfeld – Spezialisierte Pflege und Geriatrie
- Logis Plus, Köniz
- Pflege Eulachthal
- Résidence les Pins
- Reusspark, Zentrum für Pflege und Betreuung
- Associazione Svizzera Infermieri (SBK/ASI)
- Società svizzera di psichiatria e di psicoterapia degli anziani (SGAP/SPPA)
- Spital Limmattal
- Stadtgarten Frauenfeld
- Swiss Nurse Leaders
- Verband Zürcher Krankenhäuser
- Zentrum Schoenberg
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut Pflege

# A Principi generali di comportamento nei confronti delle persone con demenza

## A.1

—  
All'interno delle istituzioni occorre adottare un atteggiamento fondamentalmente improntato a un approccio centrato sulla persona. Una persona secondo Kitwood (1997: 31) si definisce in base allo stato «che viene conferito dagli altri alla singola persona nel contesto delle relazioni e dell'essere sociale. Implica riconoscimento, rispetto e fiducia»<sup>1</sup>. L'approccio centrato sulla persona influisce sullo stile e sulla struttura dell'organizzazione e non si riferisce soltanto alla persona con demenza ma anche al contesto sociale che l'assiste<sup>2</sup>. Un simile atteggiamento empatico e un comportamento rispettoso di tutti i collaboratori<sup>3</sup> in ambito stazionario e ambulatoriale sono considerati una premessa fondamentale nell'accompagnamento di persone con demenza<sup>4</sup>. Le condizioni quadro degli istituti si orientano sulle esperienze delle persone con demenza.

## A.2

—  
Il comportamento e la percezione della realtà delle persone con demenza sono riconosciuti come normalità individuale, dichiarati validi e accompagnati.

## A.3

—  
L'obiettivo è promuovere la qualità di vita della persona con demenza e l'autonomia di azione dei loro familiari. Conformemente all'approccio delle cure centrate sulla famiglia<sup>5</sup> si intende inoltre trovare una via comune nella collaborazione tra partner.

## A.4

—  
L'accompagnamento<sup>6</sup> di persone con demenza è organizzato in modo interprofessionale e a seconda del grado di gravità della demenza (cure, fisioterapia, ergoterapia, terapia d'attivazione, consulenza sociale, gerontopsicologi, assistenza spirituale, servizio medico, economia domestica, ecc.). L'approccio interprofessionale permette di adottare prospettive diverse e consente una più ampia riflessione sulla prassi. Questo processo è supportato dall'assistenza medica continua (p. es. il principio del medico di famiglia).

## A.5

—  
Le direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) in merito ad assistenza e trattamento di persone con demenza, elaborate in correlazione alla Strategia nazionale sulla

---

1 Kitwood, Tom. Demenz. 1997. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Edizione tedesca a cura di Christian Müller-Hergl e Helen Güther. 7a edizione rivista e ampliata. Berna: Hogrefe.

2 Le persone di riferimento sono persone di fiducia dell'ambito familiare o sociale.

3 Per collaboratori si intendono tutte le persone coinvolte nell'istituto, a partire da volontari, impiegati, collaboratori attivi come quadri e nello stato maggiore fino ai membri del consiglio di amministrazione.

4 Gli esperti definiscono la demenza come un disturbo cognitivo maggiore (DSM-V). Per una migliore leggibilità, nel presente documento si continuerà a usare il termine demenza.

5 Wright, Lorraine M. e Maureen Leahey (2014). Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Tradotto dall'inglese canadese da Heide Börger; edizione tedesca riveduta a cura di Barbara Preusse-Bleuler. Berna: H. Huber.

6 Per semplificare la lettura si impiega l'espressione accompagnamento al posto di cure, trattamento, assistenza e accompagnamento intendendo tutti questi termini.

demenza 2014-2019, sono considerate linee guida<sup>7</sup>. Queste forniscono orientamento riguardo a risposte a quesiti di natura etica.

**A.6**



L'accompagnamento delle persone con demenza ha luogo in un contesto specializzato conformemente alla gravità della malattia (p. es. gruppi di cura e di assistenza, oasi di cura, cfr. 3.3). Le persone con una forma lieve di demenza di norma vengono assistite in ambito domestico.

**A.7**



L'istituzione dispone di un gruppo etico interprofessionale nel quale ci si confronta su questioni etiche come per esempio disposizione di provvedimenti coercitivi, l'autodeterminazione, l'alimentazione e i trattamenti medici nel caso di persone con demenza.

**A.8**



I collaboratori sono consapevoli che accompagnare persone con demenza porta anche a confrontarsi con i propri limiti. Vengono supportati a riconoscerlo tempestivamente e ad accettarlo. Si provvede a sviluppare insieme un'adeguata riflessione assieme a misure preventive e strategie di coping (ad es. gruppo etico, discussioni del caso, coaching, supervisioni e aggiornamenti).

**A.9**



In linea di massima la competenza (competenze personali, sociali, professionali e metodiche) nei rapporti con gli ospiti corrisponde al fabbisogno attuale della persona con demenza.

**A.10**



L'infrastruttura a disposizione (ad es. l'architettura) è adeguata al fabbisogno attuale della persona con demenza.

**A.11**



Il cibo va di pari passo con la qualità di vita e ricopre un importante ruolo sociale nella vita delle persone con demenza. Il piacere della buona tavola gode di una maggiore considerazione rispetto a una dieta equilibrata.

---

<sup>7</sup> <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html>

# 1 Collaborazione con i familiari

## 1.1

La malattia e i relativi sintomi delle persone con demenza influenzano anche la relazione e la vita dei familiari. I familiari da un lato forniscono informazioni e rappresentano la persona con demenza e, dall'altro, sono spesso coinvolti in prima persona. La loro conoscenza della malattia, la comprensione dei sintomi e del comportamento nonché il loro coinvolgimento nella gestione della quotidianità, da un lato supportano l'accompagnamento della persona con demenza e, dall'altro, contribuiscono a migliorare la situazione dei familiari.

## 1.2

La base per una valida collaborazione è un dialogo reciproco e costruttivo (ad es. colloqui sulla situazione personale e con la famiglia), il cui contenuto è costituito dall'informazione ed eventualmente dalla formazione sulla malattia e il suo decorso, nonché dalle possibilità in termini di cure, assistenza e terapia per un accompagnamento efficace, che comprende le conoscenze specialistiche e le esperienze dei familiari e il loro stato d'animo.

## 1.3

I familiari sanno chi sono le persone addette alle cure e le altre persone di riferimento interne. Le persone addette alle cure a loro volta cercano attivamente il contatto e un regolare scambio con i familiari.

## 1.4

Se la persona con demenza rifiuta regolarmente interventi quotidiani, si individua insieme al rappresentante un percorso praticabile nell'interesse della persona.

## 1.5

I familiari o il rappresentante sono coinvolti nelle decisioni fondamentali in merito a questioni mediche e contribuiscono all'accompagnamento dei loro familiari con le loro conoscenze specialistiche e la loro esperienza.

## 1.6

L'istituto attribuisce un'importanza particolare agli eventi con i familiari (ad es. incontri informativi, aggiornamenti) e alle possibilità di incontro (colloqui, possibilità di scambio, gruppi di consulenza e di autoaiuto, incontri informali).

## 2 Cure e trattamento, assistenza e accompagnamento interprofessionali

2.1

—  
L'organizzazione della giornata trasmette senso di protezione e di sicurezza. Si orienta in base alle esigenze individuali, alla biografia (abitudini e rituali sensoriali legati al proprio vissuto e relativi alla realtà contestuale, esperienze emotive intense ed eventi della storia personale) nonché alle risorse della persona con demenza. Vengono create e offerte attività significative e individuali e viene resa possibile la partecipazione sociale (in seno all'istituto e alla società).

2.2

—  
La gestione dei rapporti secondo l'approccio centrato sulla persona viene messa in atto e documentata.

2.3

—  
Nell'accompagnare persone con demenza viene garantita attraverso la disponibilità all'incontro la possibilità di sperimentare contatti sociali e appartenenza (p. es. assistenza spirituale e offerta sensoriale specifica).

2.4

—  
La gestione interprofessionale del quotidiano di una persona con demenza è garantita tenendo conto delle esigenze individuali e instaurando un rapporto equilibrato tra attività e fasi di riposo nell'arco delle 24 ore (anche in base alla fase della demenza).

2.5

—  
Per gestire i pericoli quotidiani è applicato il principio di normalità, i rischi particolari sono discussi e valutati caso per caso fra collaboratori e familiari (tenendo in considerazione la presunta volontà del malato), eventuali misure vengono adottate e valutate in modo interprofessionale.

2.6

—  
L'impiego delle risorse disponibili che sono importanti per la persona con demenza è favorito in modo mirato.

2.7

—  
La persona con demenza ha la possibilità di godere quotidianamente almeno di una passeggiata o di un po' di tempo all'aria aperta.

2.8

—  
Tutti gli interventi sono orientati alle particolari esigenze relative all'accompagnamento delle persone con demenza. Fondamentali sono ad esempio rituali, flessibilità, pazienza, piccoli passi, orientamento e specifici principi di comunicazione. Questi ultimi comprendono ad esempio lo stabilire il contatto rivolgendosi direttamente alla persona e con lo sguardo, osservando le sue reazioni psichiche e fisiche, e intervenire di conseguenza, un linguaggio semplice, chiaro e una parlata lenta e comprensibile, frasi brevi (un'affermazione per frase), dare il tempo alla persona con demenza di rispondere (evitare di rispondere in sua vece), assumere un atteggiamento di



fondo empatico, prestare ascolto alle esperienze emotive della persona, formulare in altre parole quanto è stato detto, aiutandosi con la gestualità, evitare di porre domande sul significato degli atti o delle parole, individuare le risorse e gli aspetti positivi, prendere tempo per concludere lo scambio al fine di orientare la persona sul seguito.

## 2.9

Le osservazioni mirate di segnali non verbali e paraverbali (p. es. tono muscolare, respirazione, espressioni del viso, sintomi depressivi, apatia) confluiscono nella gestione dell'accompagnamento.

## 2.10

Si prende atto del cambiamento relativo alla percezione di sé delle persone con demenza e se ne tiene conto nell'accompagnamento<sup>8</sup>.

## 2.11

La validazione, la cinestetica e la stimolazione basale sono applicate nel quotidiano orientandosi alla persona. L'integrazione di ulteriori piani (ad es. Snoezelen, terapia artistica e musicale, terapia con animali) si orienta a conoscenze e comprovate esperienze ponderate e pratiche e al benessere delle persone con demenza.

## 2.12

I diversi aspetti dell'orientamento sono supportati da misure e ausili mirati: in termini temporali per esempio con rituali, e routine giornaliere, decorazioni con motivi stagionali, calendari da sfogliare ben visibili; in termini spaziali per esempio con illuminazione calda/lampade da presa, carta da parati delle stanze e pavimenti di colore non troppo vivace, colori ricchi di contrasti, arredi privi di ostacoli nelle sale ricreative, maniglie e pochi specchi. Quando si utilizzano foto personali o si appongono scritte sulle porte delle camere va prestata attenzione al fatto che la persona con demenza possibilmente non si riconosca. La camera dovrebbe essere arredata con oggetti personali scelti insieme alla persona cui è destinata, per permettere una migliore integrazione della stessa. L'orientamento situativo permette alla persona con demenza di riconoscere l'ambiente in cui si trova e di adeguare il suo comportamento di conseguenza.

## 2.13

La comunicazione con le persone con demenza è indirizzata alla loro esperienza emotiva nel presente. L'interesse per il mondo dell'altro, la creatività, l'apprezzamento e il riconoscimento delle capacità dell'altro costituiscono l'atteggiamento centrato sulla persona.

## 2.14

Generalmente il personale si rivolge alle persone con demenza con il loro cognome e dando loro del «lei». Una deroga è giustificabile a seconda della situazione, se il malato non reagisce più quando sente pronunciare il proprio cognome e ciò viene debitamente documentato.

## 2.15

Il movimento è promosso in modo mirato a livello interprofessionale (cure, fisioterapia, ergoterapia, terapia d'attivazione): serve a rafforzare la consapevolezza positiva del corpo e l'indipendenza, a favorire la circolazione sanguigna, il sonno, l'appetito e la digestione, a prevenire le cadute e il dolore, come possibilità di partecipazione sociale nonché come fonte di gioia di vivere. Camminare è un bisogno primario fondamentale di molte persone con demenza. Pertanto, la sedia a rotelle è impiegata il più a lungo possibile soltanto come ausilio sporadico. Per stimolare la mobilità e cambiare prospettiva, si fornisce la possibilità di cambiare posizione su diverse sedute.

---

<sup>8</sup> cfr. Christoph.Held: Was ist «gute» Demenzpflege? Verändertes Selbsterleben bei Demenz, pag.43 e segg. 2018 hogrefe.

- 2.16** —  
La demenza può essere caratterizzata da tutta una serie di sintomi psichiatrici (BPSD)<sup>9</sup>, suddivisi nelle categorie agitazione/aggressività, sintomi psicotici (delirio, allucinazione), depressione (apatia, paura), disturbi del ritmo sonno-veglia e vocalizzazione/disinibizione dirompente. I BPSD devono essere accettati come forma di espressione della persona con demenza e visti in un contesto individuale (personalità, biografia, cultura, fattori ambientali, fisici e psicosociali). I collaboratori sono consapevoli che un comportamento indisponente non fa solamente parte della demenza, ma di norma ha un fattore scatenante individuale o sistemico (di natura biologica, sociale o psicologica) oppure può essere provocato.
- 2.17** —  
I BPSD necessitano di un'analisi precisa nel quadro di una discussione del caso interprofessionale (STI<sup>10</sup>, cambio di prospettive, diagnostica delle cure comprensiva). Sulla base di questa analisi vengono formulati obiettivi e misure e viene adattato l'accompagnamento (entrare in contatto con cautela, coltivare la relazione in modo stabilizzante e affidabile, nonché adeguare la gestione dell'ambiente e della quotidianità). Temporaneamente può essere opportuno un accompagnamento 1:1. Le discussioni interprofessionali del caso hanno luogo ogni 1-2 mesi e secondo necessità.
- 2.18** —  
Per quanto riguarda il rifiuto degli interventi di cura si cercano possibilità alternative. Si agisce contro la volontà della persona con demenza soltanto se si teme un comportamento auto- ed eteroaggressivo o danni e/o se l'ambiente è sproporzionatamente compromesso.
- 2.19** —  
La portata della malattia, compresi i deficit e le risorse, è registrata regolarmente (nell'ambito del rilevamento richiesto dalla legge dei bisogni di cure per BESA, Plaisir e RAI da svolgere secondo necessità) con controlli e osservazioni quotidiane interprofessionali, in modo che sia possibile adattare l'accompagnamento.
- 2.20** —  
Le osservazioni interprofessionali sono parte integrante dell'accompagnamento complessivo e confluiscono nella diagnosi e nel piano terapeutico.
- 2.21** —  
Viene prestata particolare attenzione alla percezione, all'interpretazione e al trattamento dei sintomi che non possono essere espressi, in particolare del dolore.
- 2.22** —  
Il contenuto delle direttive del paziente, la presunta volontà, le esigenze e le necessità mediche e relative alle cure della persona affetta da demenza sono registrate e attuate con osservazioni mirate, una documentazione coerente e uno scambio interprofessionale, segnatamente anche nella fase di fine vita.
- 2.23** —  
L'accompagnamento della persona con demenza comprende anche cure palliative secondo le Linee guida nazionali sulle cure palliative<sup>11</sup>. In caso di necessità vengono coinvolti specialisti interni e/o esterni.

---

<sup>9</sup> BPSD= sintomi comportamentali e psicologici della demenza.

<sup>10</sup> STI = Serial Trial Intervention (valutazione della demenza)

<sup>11</sup> UFSP (2011). Linee guida nazionali sulle cure palliative.

- 2.24** —  
Le esigenze specifiche della fase di vita terminale della persona affetta da demenza vengono riconosciute, valutate correttamente e adeguatamente soddisfatte. Le persone con una limitazione cognitiva non riescono più a verbalizzare le loro paure e irrequietezze interne che molti sentono legate all'avvicinarsi della propria morte. Spesso queste persone mostrano la loro irrequietezza terminale con una sconosciuta e aumentata agitazione. Questa va percepita come tale e valutata correttamente nel quadro delle cure di fine vita (end-of-life-care).
- 2.25** —  
La demenza aumenta il rischio di delirio. Misure preventive, screening regolare, diagnostica tempestiva e trattamento medicamentoso e non medicamentoso sono applicati con coerenza<sup>12</sup>.
- 2.26** —  
Gli strumenti di valutazione indicati nella Tabella 1 (pagina 12) sono consigliati a scopo di diagnostica e per la registrazione della situazione individuale a complemento degli strumenti RAI, Plaisir e BESA. I risultati sono discussi a livello interprofessionale.
- 2.27** —  
Visite mediche regolari (almeno ogni 1-2 mesi e secondo necessità), visite interprofessionali, scambi e discussioni del caso sono essenziali per l'accompagnamento di una persona con demenza. In questo contesto, è fondamentale una gestione dell'interfaccia ben funzionante, consolidata e definita per iscritto.
- 2.28** —  
L'impiego di psicofarmaci si orienta alle raccomandazioni della Società Professionale Svizzera di Geriatria<sup>13</sup>. Secondo tali raccomandazioni gli interventi non medicamentosi sono in primo piano. Se nel caso di BPSD sono impiegati psicofarmaci (eccetto in caso di sintomi psicotici o depressivi), è necessario il consenso della persona con diritto di rappresentanza. Vale il principio: il meno possibile, per quanto necessario.
- 2.29** —  
Al momento del ricovero e in caso di cambiamento dello stato di salute o della qualità di vita del malato viene discussa l'intensità del trattamento medico secondo il relativo piano (ad es. ospedalizzazione sì o no, antibiotici sì o no<sup>14</sup>). Tali consultazioni hanno luogo con i familiari e all'interno del team interprofessionale, nonché con la partecipazione adeguata della persona con demenza. L'accertamento della qualità di vita soggettiva, la registrazione con sistematicità e regolarità delle risorse e dei desideri costituiscono le basi per la decisione (volontà presunta, direttive del paziente, ecc.).

---

<sup>12</sup> Cfr. Savaskan, E. e W. Hasemann (2017). Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Berna: Hogrefe.

<sup>13</sup> Savaskan, E. et al. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis 103(3): 135-148.

<sup>14</sup> Cfr. Ufficio federale della salute pubblica (UFSP) e palliative.ch (2018): Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Berna.

**Tabella 1: Strumenti di valutazione per la diagnostica e la registrazione della situazione individuale**

Registrazione di <b>Gravità della demenza</b>			
Nome dello strumento	Fonte	Esecuzione	Interpretazione
Test Montreal-Cognitive-Assessment (MoCA)	Cfr. progetto SND 3.1: le raccomandazioni dell'associazione Swiss Memory Clinics per la diagnostica della demenza	Medico	Medico
Test Mini-Mental-Status-Examination (MMSE)	Cfr. progetto SND 3.1: le raccomandazioni dell'associazione Swiss Memory Clinics per la diagnostica della demenza	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico
Test dell'orologio per la demenza (valutazione)	Cfr. progetto SND 3.1: le raccomandazioni dell'associazione Swiss Memory Clinics per la diagnostica della demenza	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico

Registrazione di <b>Funzioni quotidiane</b>			
Nome dello strumento	Fonte	Esecuzione	Interpretazione
Indice di Barthel (valutazione)	Mahoney e Barthel (1965) <sup>15</sup>	Livello terziario A+B <sup>16</sup>	Livello terziario A+B, medico

Registrazione di <b>Dolori</b>			
Nome dello strumento	Fonte	Esecuzione	Interpretazione
Valutazione dei dolori in caso di demenza (BESD)	Lagger et al. (2008) <sup>17</sup>	Livello terziario A+B	Livello terziario A+B, medico
Scala comportamentale del dolore per persone anziane impossibilitate a comunicare (ECPA)	Morello et al. (2007) <sup>18</sup>	Livello terziario A+B	Livello terziario A+B, medico

15 Mahoney, F.I. e D.W. Barthel (1965). Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Medical Journal 14: 61-65.

16 Ci sono un livello terziario A (scuole universitarie professionali) e due livelli terziari B (scuole specializzate superiori) ed esami professionali federali.

17 Lagger, V. et al. (2008). Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen. Pflege 21: 149-156.

18 Morello, R. et al. (2007). A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: The EPCA-3: Study of its psychometric properties.

Registrazione di  
**Delirio**

Nome dello strumento	Fonte	Esecuzione	Interpretazione
<b>Delirium Observation Screening Scale (DOS)</b>	Cfr. progetto SND 6.2: promozione delle valutazioni interdisciplinari nelle cure di lunga durata	Livello terziario A+B	Livello terziario A+B, medico
<b>Confusion Assessment Method (CAM)</b>	Cfr. progetto SND 6.2: promozione delle valutazioni interdisciplinari nelle cure di lunga durata	Medico	Medico
<b>Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD)</b>	Cfr. progetto SND 6.2: valutazioni nelle cure di lunga durata per persone con demenza	Medico	Medico
<b>4A's Test (4AT)</b>	Cfr. progetto SND 6.2: valutazioni nelle cure di lunga durata per persone con demenza	Medico	Medico

Registrazione di  
**Depressione**

Nome dello strumento	Fonte	Esecuzione	Interpretazione
<b>Scala di Cornell per la depressione nella demenza (CSDD)</b>	Cfr. progetto SND 6.2: promozione delle valutazioni interdisciplinari nelle cure di lunga durata	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico
<b>Geriatric Depression Scale (GDS)</b>	Cfr. progetto SND 6.2: promozione delle valutazioni interdisciplinari nelle cure di lunga durata	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico

Registrazione di  
**Aggressività, irrequietezza e comportamenti inadeguati**

Nome dello strumento	Fonte	Esecuzione	Interpretazione
<b>Inventario neuropsichiatrico (NPI)</b>	Cfr. progetto SND 6.2: promozione delle valutazioni interdisciplinari nelle cure di lunga durata	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico
<b>Algoritmo BPSP-DATE</b>	Cfr. progetto SND 6.2: promozione delle valutazioni interdisciplinari nelle cure di lunga durata	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico	Esperti tematici in demenza (cfr. 4.7) e specialisti in demenza (cfr. 4.8), medico
<b>Valutazione della demenza STI (Serial Trial Intervention)</b>	Fischer et al. (2007) <sup>19</sup>	Livello terziario A+B	Livello terziario A+B
<b>Rappresentazione semi-visiva di modelli di comportamento</b>	Goldbach (2019) <sup>20</sup>	Livello terziario A+B	Livello terziario A+B

<sup>19</sup> Fischer, T. et al. (2007). La «Serial Trial Intervention» (STI). *Pflegezeitschrift* 7: 370-373.

<sup>20</sup> Goldbach, R. (2019). *Pflegezentren Zürich*, in base a un'idea di Sonnweid AG, Wetzikon (cfr. Allegato 1).

# 3 Infrastruttura

## 3.1

La gestione dello spazio permette di infondere sicurezza e protezione, favorisce sensazioni di accogliente familiarità e competenze individuali e tiene conto delle limitazioni. Comprende l'attenta cura della relazione e un allestimento dell'ambiente accogliente e conforme alle caratteristiche biografiche legate all'età. L'allestimento include elementi che promuovono il benessere, danno orientamento, incoraggiano a svolgere attività e promuovono l'integrazione nella comunità.

## 3.2

Vengono creati spazi per ritirarsi, come isole per il riposo nelle aree per il tempo libero con diverse possibilità per sedersi e sdraiarsi, sale o angoli per riposarsi come protezione dagli stimoli.

## 3.3

Le oasi di cura costituiscono un'offerta per persone con demenza avanzata. Il «gruppo esperti oasi di cura»<sup>21</sup> raccomanda una sala comune, un ricovero duraturo delle persone con demenza, una presenza continua degli accompagnatori durante i turni diurni e un piano di cura e assistenza specifico per il gruppo destinatario, orientato alla promozione e al mantenimento della qualità di vita. È verificato individualmente se la persona potrebbe beneficiare di un trasferimento nell'oasi.

## 3.4

L'allestimento degli spazi interni ed esterni, compreso il piano dell'illuminazione, deve corrispondere allo stato attuale delle conoscenze della «best clinical practice». A questo scopo si può ad esempio fare riferimento alla pubblicazione «Gestaltung von Aussenräumen für Demenzkranke» (Allestimento di spazi esterni per persone con demenza)<sup>22</sup>.

## 3.5

I reparti speciali per persone con demenza dispongono di uno spazio esterno sicuro accessibile liberamente.

## 3.6

Per creare il più possibile spazio per muoversi, si consiglia di non limitare il sistema antifuga a singoli reparti, ma di estenderlo a più reparti o a un intero edificio, oppure di applicare un sistema antifuga individuale (ad es. GPS).

21 Brandenburg, H. et al. (2014). Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeoase aus der Sicht von Pflegenden und Angehörigen – qualitative Befunde einer Evaluationsstudie. *Pflege* 27(2): 69–80.

22 AVA Stadt Bern (2006). Gestaltung von Aussenräumen für Demenzkranke. Empfehlungen für Institutionen und Baufachleute.

# 4 Personale

## 4.1

—  
Nel selezionare l'intero personale per i reparti speciali dedicati a persone con demenza occorre prestare particolare attenzione ai requisiti specifici, in particolare alle competenze sociali e personali, e controllarli periodicamente: pazienza, empatia, calma, capacità di immedesimazione, capacità relazionali, tolleranza alla frustrazione, passione per l'accompagnamento delle persone con demenza, intuito nel saper tenere la giusta vicinanza e distanza, capacità di osservazione, visione umanistica della persona, flessibilità, apertura, senso dell'umorismo e curiosità per le novità.

## 4.2

—  
Gli studi sul rilevamento dei bisogni di cure mostrano un accresciuto fabbisogno di tempo per le persone con demenza. Si rende pertanto necessaria un'adeguata pianificazione dell'impiego del personale<sup>23</sup>.

## 4.3

—  
La pianificazione relativa all'impiego di personale nei reparti di demenza è orientata alle esigenze specifiche delle persone con demenza 24 ore su 24; l'elemento fondamentale è la continuità del personale.

## 4.4

—  
Tutti i collaboratori dispongono di conoscenze specialistiche specifiche per il loro ruolo, complete, interprofessionali e orientate all'azione nel gestire persone con demenza. Le conoscenze specialistiche necessarie (in particolare sui temi dell'incontro e della comunicazione verbale e non verbale) devono essere acquisite e aggiornate costantemente con corsi di aggiornamento di base, partendo dai quali è necessario approfondire individualmente i temi. Per garantire che l'impegno richiesto sia sostenibile a lungo termine, sono necessari il sostegno da parte di esperti tematici e specialisti in demenza, leadership, spirito di gruppo, il supporto dell'organizzazione e discussioni del caso interprofessionali. In questo modo è garantito un impatto positivo sulla qualità di vita delle persone con demenza, una crescente professionalizzazione dei collaboratori e un'assicurazione operativa della qualità.

## 4.5

—  
I collaboratori dell'economia domestica assegnati in maniera stabile a uno spazio abitativo per persone con demenza vengono coinvolti a seconda della necessità nel pianificare e discutere l'accompagnamento.

## 4.6

—  
Al personale vengono offerte occasioni per lo scambio e la riflessione su situazioni complesse, sulle proprie idee, atteggiamenti e sui valori generali. Per le questioni etiche è garantito un collegamento in rete con specialisti in questo campo.

---

<sup>23</sup> Baumann, Alice (2012). CURAtime misst den Aufwand in Pflege, Hauswirtschaft und Hotellerie: Arbeitszeitanalyse zeigt auf einen Blick, ob die Massnahmen Früchte tragen. Curaviva 83 (1).



#### 4.7

—  
Ogni team dispone di un collaboratore appositamente aggiornato che svolge il ruolo di esperto tematico in demenza (livello terziario A e B). Gli esperti tematici in demenza sono i referenti per domande e richieste che riguardano la gestione di persone con demenza. Riconoscono tempestivamente situazioni critiche, dirigono i membri del team e danno un riscontro costruttivo per rafforzarlo nel gestire adeguatamente la demenza e dunque per favorire la qualità di vita delle persone con demenza in ambito abitativo. Supportano l'attuazione delle raccomandazioni ed eseguono i test precedentemente stabiliti, sono in grado di interpretarli, discuterli a livello interprofessionale e coinvolgere altri specialisti.

#### 4.8

—  
Inoltre gli istituti hanno a disposizione uno specialista in demenza. Si tratta di infermieri SSS/SUP con consolidate esperienze pratiche e conoscenze teoriche (a livello di istruzione di un CAS demenza). I team di consulenza e sostegno pratico possono fare ricorso a questo esperto, che svolge regolarmente incarichi pratici. L'offerta di sostegno è a disposizione di collaboratori, persone con demenza e persone di riferimento esterne e comprende le seguenti aree d'intervento: allentamento di situazioni critiche, accompagnamento/teaching e sostegno pratico in caso di comportamenti indisponenti, svolgimento di discussioni del caso e conduzione di scambi interprofessionali nonché aggiornamenti.

#### 4.9

—  
Il team medico (incl. i medici di famiglia) ha conoscenze specifiche sulla demenza e le cure palliative, partecipa alle istruzioni (cfr. 4.4) e si occupa dei principi di comportamento e approccio specifici degli istituti.

#### 4.10

—  
È disponibile un servizio di consulenza geriatrica e/o gerontopsichiatrica interno o esterno.

# 5 Autodeterminazione delle persone con demenza

## 5.1

L'autodeterminazione delle persone con demenza è rafforzata e garantita da vari mezzi, metodi e strutture (cfr. linee guida ASSM relative all'assistenza e al trattamento di persone con demenza<sup>24</sup>).

## 5.2

La competenza all'autodeterminazione nei diversi ambiti della vita è valutata in base alla situazione e integrata nell'accompagnamento.

## 5.3

Il personale tiene in considerazione l'autodeterminazione delle persone con demenza, ma riconosce anche quando le possibilità di scelta possono comportare una sollecitazione eccessiva. In questi casi l'accompagnamento viene adeguato e valutato di conseguenza.

## 5.4

La persona con demenza può mettere in pericolo per vari motivi sé stessa e gli altri. Ove possibile, devono essere esaminate e sperimentate misure alternative poco costrittive. Se queste si rivelano inefficaci, a volte si rende necessario adottare misure coercitive come limitazione della libertà di movimento o interventi medicamentosi. Le misure coercitive rappresentano, tuttavia, una grave ingerenza nella personalità. Non devono essere disposte soltanto perché gli interessati disturbano la routine del reparto oppure perché queste misure facilitano il lavoro di chi presta assistenza. La somministrazione ingannevole (occulta) di medicinali rientra nelle misure coercitive. Tutte le misure coercitive richiedono che siano rispettate le procedure previste dalla legge (cfr. linee guida ASSM Trattamento e assistenza delle persone affette da demenza<sup>25</sup>).

## 5.5

Tutti i collaboratori rispettano la sfera privata delle persone con demenza.

## 5.6

La sensualità e la sessualità sono un bisogno fondamentale di tutte le persone. Anche le persone con demenza hanno esigenze in questo senso, la cui attenta gestione è uno dei compiti di tutti i collaboratori. Ogni istituto si confronta con questo tema.

---

24 <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Groupes-de-patients-vulnerables/Demence.html>

25 <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html>

# 6 Alimentazione

## 6.1

Viene creata un'atmosfera accogliente e familiare e si incoraggia un'esperienza alimentare comune anche con rituali e con il coinvolgimento nelle attività. I desideri sono soddisfatti spontaneamente e le abitudini sono tenute in considerazione (p. es. desiderio di mangiare da soli). Le persone di supporto assegnate fanno sì che durante i pasti si creino un'atmosfera e un accompagnamento individuali e adatti alla situazione. Motivano, supervisionano, guidano e, se necessario, distribuiscono cibo adattato alle esigenze individuali. Per quanto possibile la persona che accompagna mangia assieme alla persona con demenza (tavola familiare, pasti comuni).

## 6.2

La tavola deve essere confortevole ma ordinata. Non devono essere presenti oggetti non necessari per evitare distrazioni durante i pasti.

## 6.3

Alle persone con demenza è proposta un'alimentazione adeguata.

- Smooth food: grazie a diversi tipi di preparazione, la consistenza degli alimenti è morbida, senza che le componenti o il sapore ne risentano.
- Finger food: gli alimenti e i piatti preparati ad hoc possono essere consumati con le mani.
- Piccole porzioni molto energetiche e con molte proteine: il cibo è sostanzioso e ha un elevato apporto calorico (p. es. contenente burro o panna), visto che vengono consumate più calorie a causa dell'eventuale maggiore impulso a muoversi.
- Cuocere in reparto oppure front cooking regolare: gli ingredienti preparati sono cucinati in reparto o insieme alle persone con demenza (p. es. friggere le cipolle).
- Servizio volante: nel caso di persone con demenza con un grande bisogno di muoversi il cibo può essere offerto camminando.
- Un servizio con ciotoline/buffet facilita la scelta e rende possibili porzioni individuali. Corrisponde inoltre alle abitudini culturali, all'autonomia e all'autodeterminazione di molte persone.

## 6.4

I cibi devono essere ben riconoscibili. Occorre servire in tavola soltanto ciò che deve essere consumato al momento. È necessario impiegare ausili in modo mirato.

## 6.5

Sono predisposti appositi spazi con alimenti e bevande e piccoli snack incoraggiano a mangiare camminando. I medicinali sono (se necessario) separati dal pasto per non alterarne il gusto e per non modificare o interrompere la concentrazione sul cibo.

6.6

—  
La malnutrizione è ritardata il più possibile.

6.7

—  
Nel caso la persona non mangi e non beva occorre prima di tutto escludere eventuali cause somatiche e psichiatriche e offrire cibi e bevande in maniera sempre creativa. Si rinuncia a mezzi coercitivi e all'alimentazione artificiale.

# Esempi di attuazione delle raccomandazioni

## **Raccomandazione A.2**

La signora M. ha un guardaroba completo, che riordina più volte al giorno. Ad ogni occasione cambia vestiti abbinandoli in modo originale. Gli addetti alle cure assecondano il suo comportamento, ritenendo che cambiarsi d'abito sia una risorsa e danno di conseguenza un riscontro positivo (le loro espressioni del viso e i gesti sono in sintonia con le loro parole) e discutono la strategia scelta con i familiari preoccupati (grande consumo di indumenti e aspetto stravagante).

## **Raccomandazione A.2/2.6/2.10**

Per 50 anni la signora F. ha lavorato come commessa in un negozio di casalinghi. Oggi colleziona oggetti, preferibilmente quelli che brillano e che si possono (prima o poi) riutilizzare, in particolare le forchette. Le raccoglie tutti i giorni e le mette nella sua grande borsa di pelle. Qualsiasi richiesta di restituirle è respinta categoricamente e con veemenza. L'unica strategia efficace è annunciare ed eseguire un inventario con la sua partecipazione. In questo modo è possibile contare tutte le forchette (comprese quelle nella sua borsa), lavarle e rimetterle nel cassetto.

## **Raccomandazione A.8**

L'infermiere M. ha accompagnato e curato la signora O. per tre giorni consecutivi, durante i quali la paziente ha urlato quasi ininterrottamente: «Aiuto, aiuto, oh mamma mia» (anche con altri specialisti). Il quarto giorno, esprime la necessità di non occuparsi della signora O. per le prossime 24 ore. Il team ha comprensione per la sua richiesta e l'accoglie.

## **Raccomandazione A.1/A.2./2.1**

Il signor S. a volte dorme 48 ore di fila e rimane sveglio per le successive 72 ore. Tutti gli interventi (p. es. pasti notturni, igiene personale, somministrazione di medicinali, ecc.) sono stati adeguati al suo ritmo.

## **Raccomandazione 2.1/2.5./2.13**

La signora B. si rivolge a ogni persona che incontra e chiede qualcosa da mangiare. Mangia a caso tutto quello che trova in giro. Il suo sovrappeso è già notevole (25 kg) e soffre inoltre di diabete mellito. Il sovrappeso influisce negativamente sulla sua mobilità e sulla sua respirazione. Se il desiderio di mangiare non è soddisfatto/è respinto, si aggrappa agli infermieri, insiste, alza la voce, si avvicina con fare minaccioso e infine scuote la persona. Durante il colloquio specialistico è stato deciso che non è più permesso usare la parola «no», ma occorre rispondere: «Certo, ogni ora c'è di nuovo qualcosa da mangiare». Questo ha avuto effetti decisamente positivi sul suo grado di soddisfazione.

**Raccomandazione 2.9**

Il signor L. reagisce imprecando, picchiando, spintonando e pizzicando, la frequenza respiratoria aumenta e l'espressione del viso si fa tesa quando il personale entra nella sua stanza (indipendentemente da chi e per quale scopo). L'adeguamento del modo di avvicinare il signor L. e l'accettazione da parte sua di questo comportamento hanno permesso di evitare incidenti al riguardo. Dopo aver bussato, la porta viene aperta soltanto di uno spiraglio e viene stabilito un contatto visivo con l'ospite. Se l'espressione del suo viso e i gesti indicano che è sulla difensiva, il personale rinuncia ad entrare nella stanza dicendo: «Non mi piace disturbare, tornerò più tardi. Le va bene?».

**Raccomandazione 2.10/2.18/4.6**

Da tre mesi il signor K. rifiuta categoricamente l'igiene personale, affermando che è una cosa che fa tutti i giorni da solo e che non ha bisogno di procuratori per fare la doccia. Durante una discussione interprofessionale del caso sono stati decisi i seguenti interventi: costruire una relazione e creare fiducia sono gli elementi chiave. Inoltre, per poter valutare le sue abitudini fisiche individuali, vengono proposte continuamente le strategie più disparate per l'igiene personale (ad es. pediluvio). Questa misura è stata discussa con i familiari.

**Raccomandazione 2.12**

Il signor X. non trova il WC nel bagno, dove urina nel cestino o nella doccia. L'asse del WC è stato sostituito per permettergli di orientarsi meglio; quello nuovo è di colore rosso e quindi ben visibile e decisamente diverso rispetto agli altri oggetti d'uso presenti nel bagno. Lui lo riconosce e può usare il WC in modo indipendente.

**Raccomandazione 2.13**

Più volte al giorno la signora K. si rivolge molto turbata a diversi collaboratori: «Aiuto, la mia biancheria intima è stata rubata, hanno portato via tutto!». Nel team interprofessionale è stato discusso l'approccio da adottare e si decide di rivolgersi a lei nel modo seguente: «Vedo che questo La fa arrabbiare e La turba molto. Essere derubati è grave, eppure è così importante essere onesti l'uno con l'altro, l'onestà paga» ... e la signora K. aggiunge: «Ed è sempre la soluzione migliore».

**Raccomandazione 2.14**

Il signor G. è un uomo distinto dalle buone maniere. Quando ha bisogno di aiuto urgente e ricorrente per andare in bagno a causa della diarrea, dice all'infermiera «Sono Giovanni, chiamami semplicemente Giovanni, siamo tra di noi». L'infermiera ha qualche remora nel rivolgersi al signor G. chiamandolo Giovanni e continua a chiamarlo per cognome. In seguito, il signor G. dice: «Ti ho già detto che sono Giovanni, ti prego di chiamarmi Giovanni». A causa di questa situazione particolare, l'infermiera accetta, chiama l'ospite per nome, ma continua a dargli del «lei». Dopo averlo accompagnato alla toilette, smette di rivolgersi a lui in questo modo, in quanto non ve n'è più bisogno.

**Raccomandazione 2.15**

La signora R. ha un forte ma scoordinato impulso a muoversi. Per questo cade quasi ogni giorno. La fisioterapista e l'esperta in demenza si siedono a terra insieme alla signora R.; grazie a questa misura il suo umore subisce nel corso del tempo un netto miglioramento e può muoversi senza rischiare di cadere (training di mobilità da seduti in fisioterapia). Inoltre, la stanza della signora R. è stata allestita in modo da potersi muovere a terra.

**Raccomandazione 5.1**

La signora J. ha un forte impulso a muoversi e quindi cammina tutto il giorno in giro per il reparto. Ama le belle scarpe più di ogni altra cosa e ogni mattina svolge il seguente rituale: dopo la toilette mattutina e la colazione, la signora J. si mette alla ricerca di «belle scarpe adatte» di suo gradimento (nonostante ne abbia di proprie, che indossa subito dopo l'igiene mattutina). Si tratta di solito di scarpe indossate da altri ospiti o collaboratori. Non appena ne trova un paio, le sottrae alla persona in questione (strappandogliele a forza se oppone resistenza) e lo indossa fino a sera, quando va a letto. Questo comportamento ha naturalmente causato inquietudine e disagio alle persone che si sono viste sottrarre le scarpe. È stata pertanto adottata la seguente misura: nella stanza della signora J. è stata messa in posizione ben visibile una scarpiera con le sue scarpe preferite. Ora si alza la mattina e prende un paio delle sue belle scarpe rinunciando al rituale illustrato più sopra.

**Raccomandazione 5.3**

La signora V. sta di fronte al suo armadio, tocca ripetutamente i suoi vestiti e sorride. Quando le viene chiesto cosa vorrebbe indossare, dà segni di stress (irrigidimento del corpo, espressione tesa del viso e aumento della frequenza respiratoria). Come prima cosa gli infermieri consentono alla signora V. di guardare e toccare i suoi vestiti posti nell'armadio. Successivamente, le offrono un caffè al tavolo. Mentre la signora V. beve il suo caffè, gli infermieri fanno una selezione limitata degli abiti, che presentano poi alla signora V. In tal modo la signora V. può decidere concretamente quale combinazione di abiti indossare.





## Istruzione

Fonte: 2019, Rolf Goldbach, centro di cura Zurigo, in base a un'idea di Sonnweid AG, Wetzikon

### Istruzioni per la documentazione semiviva: osservazione dell'andamento di modelli di comportamento

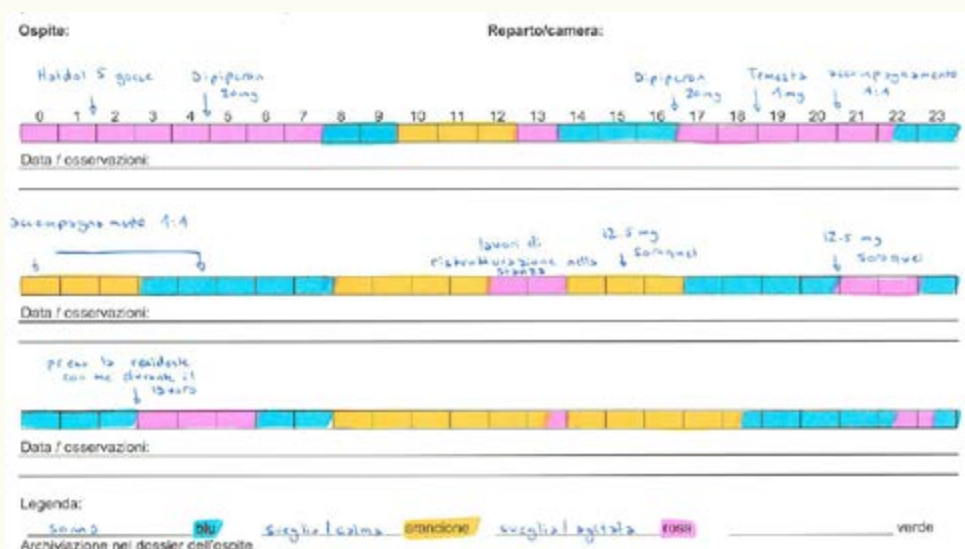
La rappresentazione semiviva dei modelli di comportamento serve ad avere, grazie a una modalità di documentazione che permette di risparmiare di tempo, una buona panoramica riguardo al contesto temporale e alla situazione in cui si manifestano determinati modelli di comportamento difficili oppure auspicati.

Una scheda per la documentazione permette di registrare su un arco di tempo di tre giorni determinati modelli di comportamento da definire anticipatamente. Occorre documentare mediante colori diversi e sulla barra del tempo suddivisa in 24 ore almeno il modello di comportamento difficile e informazioni sullo stato dell'ospite durante la veglia. A questo scopo si possono utilizzare evidenziatori di diversi colori: ad esempio blu per le grida, arancione per un comportamento tranquillo e adattato, rosa per una forte agitazione motoria e verde per il sonno.

Servendosi di freccette si segnerà inoltre sulla barra del tempo il momento in cui vengono adottate determinate misure allo scopo di influenzare il comportamento: ad es. visite, misure assistenziali, schermatura dagli stimoli, somministrazione di medicinali di riserva.

Nello spazio riservato ai commenti possono essere segnalati eventi particolari che hanno caratterizzato la giornata, ad es. lavori, festeggiamenti per il Natale ecc. È inoltre possibile descrivere brevemente a parole il comportamento indicato attraverso la rappresentazione viva con i colori precisandone caratteristiche peculiari.

Esempio di una documentazione dei modelli di comportamento (esempio: disturbo del sonno)



2019, Rolf Goldbach, centro di cura Zurigo, in base a un'idea di Sonnweid AG, Wetzikon



## COLOPHON

### Autrici

Collaboratrici di Alzheimer Svizzera

Bieri, Gaby (Pflegezentren Zürich, Geriatischer Dienst)

Silva-Lima, Silvia (Pflegezentren Zürich, Pflegezentrum Entlisberg)

Widmer, Beatrice (Pflegezentren Zürich, Schulungszentrum Gesundheit Zürich)

### Editore

Alzheimer Svizzera

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

### Contatto

Alzheimer Svizzera

Gurtenstrasse 3

3011 Berna

058 058 80 20

info@alz.ch

### Data di pubblicazione

Giugno 2020

### Ulteriori esemplari di questo manuale possono essere ordinati gratuitamente a:

UFCL, Vendita pubblicazioni federali, CH-3003 Berna

[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)

Numero d'ordine UFCL: 311.807.i

### Versioni linguistiche

La presente pubblicazione è disponibile in tedesco, francese e italiano.

### Versione digitale

Tutte le lingue sono disponibili in formato PDF all'indirizzo:

[www.strategianazionalemedemenza.ch](http://www.strategianazionalemedemenza.ch)

### Le singole pubblicazioni e ulteriori informazioni sono disponibili all'indirizzo:

[www.strategianazionalemedemenza.ch](http://www.strategianazionalemedemenza.ch)

### Realizzazione grafica in collaborazione con

moxi ltd.

Elaborato nel quadro di:



Nationale Demenzstrategie  
Stratégie nationale en matière de démence  
Strategia nazionale sulla demenza  
2014-2019

