



**REPORT EPT di PSICOLOGIA COGNITIVA APPLICATA: VALUTAZIONE
NEUROPSICOLOGICA E POTENZIAMENTO COGNITIVO NELL'ADULTO
E NELL'ANZIANO
Dottor ANDREA CALCATERRA**

Maria Balossi Restelli matr. 3710410

“il contesto ritaglia il metodo”

L'esperienza pratica di tirocinio sulla neuropsicologia con il Dottor Andrea Calcaterra era organizzata in due momenti diversi: un momento di riflessione e di apprendimento più teorico e un momento dedicato all'osservazione presso un istituto dove opera la figura del neuropsicologo.

Purtroppo, a differenza degli scorsi anni, è stato piuttosto difficile per il professore organizzare le uscite sul campo; in coda agli incontri in classe siamo comunque riusciti a visitare due istituti.

Io personalmente ho potuto fare una osservazione presso la Casa di cura privata del policlinico sita in via dezza a Milano e una presso il Piccolo rifugio.

PERCORSO IN AULA

Mi ha colpito molto il **metodo** usato durante gli incontri in classe.

Non abbiamo mai “subito” una lezione frontale ma siamo sempre stati coinvolti in riflessioni collettive e brain-storming di gruppo.

E' stato difficile uscire dalle categorie mentali della lezione monodirezionale e provare, rompendo gli schemi radicati nelle nostre abitudini, a gestire lo spazio diversamente posizionando le sedie in semicerchio e non prendendo appunti come dattilografi bensì ascoltando e riflettendo su ogni singola parola.

L'ho trovata una esperienza piuttosto faticosa da questo punto di vista ma molto utile ai fini dell'apprendimento e della riflessione.

Attraverso lunghi e faticosi brainstorming, che hanno subito evidenziato come le categorie che caratterizzano il mondo della psicologia e soprattutto della neuropsicologia fossero per noi particolarmente nebulose e dai limiti molto labili, abbiamo cercato di definire i confini:

- della psicologia
- della figura del neuropsicologo: chi è e di cosa si occupa
- della figura del neurologo: chi è e di cosa si occupa e come si differenzia dal neuropsicologo

- dei processi cognitivi e i processi affettivi

Grazie all'aiuto del professore e alla collaborazione del gruppo siamo riusciti a cogliere alcuni aspetti e alcune specificità di cui prima non eravamo a conoscenza, banalmente abbiamo impiegato molto tempo per riuscire ad accordarci su una definizione di psicologia che fosse comprensiva in ogni suo aspetto.

Abbiamo visto che il neuropsicologo è una figura che ad oggi ha un ruolo che non è ancora definito in maniera chiara e non è ancora stato istituito un albo specifico.

Sempre attraverso brain-storming siamo riusciti ad identificare le macrocategorie che interessano la neuropsicologia:

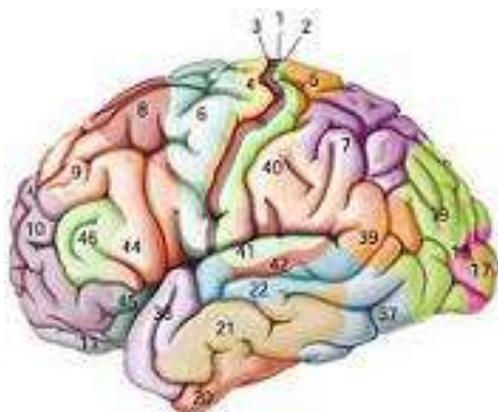
- Memoria
- Percezione
- Pensiero
- Attenzione
- Linguaggio/Comunicazione



Abbiamo tentato di fare un disegno collettivo di un cervello e di dividerlo nelle 4 aree: temporale, frontale, parietale e occipitale cercando di stratificare e di confrontare le vaghe conoscenze che ognuno di noi aveva.

Il nostro disegno è stato poi riempito cercando di collocare le funzioni cerebrali/psicologiche nelle aree dove pensavamo fossero realmente collocate.

La nostra percezione del cervello e delle aree cerebrali era molto confusa nei primi incontri.



Insieme all'aiuto del professore siamo riusciti a chiarire le varie aree e le varie funzioni cerebrali.

E' stato un lavoro collettivo che progrediva lentamente per tentativi ed errori.

Abbiamo discusso di lateralità, delle competenze peculiari di emisfero destro e sinistro e delle varie disfunzionalità che possono colpire i diversi emisferi; disfunzionalità causate da lesioni cerebrali che portano disfunzioni sensoriali in organi che erano precedentemente intatti.

Abbiamo provato definirne alcune come:

la discalculia, la dislessia, la disgrafia, la cecità cerebrale, l'alessia, l'amusia e l'afasia.

Abbiamo parlato delle scissure che creano la divisione morfologica del cervello e dei piani assiali e sagittali, delle differenze tra l'area sensitiva primaria e l'area motoria primaria.

Era anche molto difficile avere una idea chiara del lavoro del neuropsicologo: abbiamo capito che si può impiegare in ambito di intervento, oppure in un contesto valutativo di diagnosi e che è sempre importante focalizzarsi sul metodo, legato da una parte alla relazione quindi alla possibilità di stabilire una alleanza psicodiagnostica con il paziente, dall'altra ad un punto di vista tecnico legato alla componente psico-prestazionale.

Sono stati fatti vari tentativi di simulazione e di role-play di un primo incontro di visita neuropsicologica.

Fondamentalmente ho capito che non bisogna dare nulla per scontato, spesso si hanno stereotipi del colloquio legati al colloquio psicoanalitico: i pazienti che vengono sottoposti a diagnosi neuropsicologica sono molto spesso anziani che hanno difficoltà cognitive, motorie, uditive e talvolta hanno una scolarità molto bassa.

La simulazione mi è servita per capire anche la differenza tra **intervento** e **diagnosi**, in un primo colloquio è molto difficile fare una diagnosi corretta e bisogna sfruttare al meglio il tempo a disposizione cercando di non far cadere l'empatia e di non trattare il paziente come se fossimo amici pronti a consolarlo.

Sono state fatte anche delle simulazioni dell'esame di stato mentale, ovvero abbiamo provato di focalizzarci su un aspetto ancor più specifico dei compiti del neuropsicologo. Provocati anche dal professore che ha simulato un paziente, abbiamo capito un po' meglio quali sono le difficoltà di dialogo e di collaborazione che si possono incontrare durante l'esame.

E' molto importante valutare lo stato di coscienza del soggetto e osservare dettagli legati all'abbigliamento e all'igiene, alla postura e alla corporatura: sono tutti indizi utili che aiutano la diagnosi.

Un'altra simulazione interessante è stata quella di un colloquio più specificatamente neuropsicologico con un paziente con sospetta demenza.

E' importante riuscire a cogliere lo stato di **insight** del paziente ovvero di consapevolezza del suo sospetto deficit, è quindi necessario fare domande per cogliere lo stato di insight del tipo:

“ritiene di avere una cattiva memoria?”

“riesce a compiere normalmente tutte le attività della vita quotidiana?”

Come strumenti si hanno quindi l'osservazione, il dialogo e l'inchiesta legata a domande generali sulla salute fisica.

Dopo una fase iniziale è necessario fare molte domande per valutare la sua capacità di orientamento personale sui famigliari e sul tempo.

Abbiamo provato a somministrare sempre a livello di role-play alcune prove di memoria per valutare lo stato dei vari tipi di memoria: anterograda, retrograda, lungo termine, breve termine, uditivo/verbale; abbiamo anche cercato di capire come valutare la capacità di espressione e lo stato di giudizio di un ipotetico paziente con sospetta demenza.

Alla recezione di un input da parte del soggetto segue la percezione, i deficit percettivi sono legati alle **gnosie**, in una fase centrale del processo abbiamo la fase di elaborazione che è legata alla memoria e al pensiero/ragionamento, in fase di output troviamo infine le **prassie** e il linguaggio dal punto di vista produttivo.

L'attenzione è legata a tutte le funzioni esecutive e intellettive.

Abbiamo poi provato a guardare alcuni test e a fare ipotesi su cosa potessero misurare, rendendoci conto di avere le idee molto confuse sulle differenze tra le tipologie di attenzione: diffusa, sostenuta, selettiva, focalizzata, divisa.

Un altro role-play era focalizzato sulla fab (frontal assesment battery) che prevedeva prove di : astrazione, linguaggio e fluenza fonemica, strategie nel dominio esecutivo, campo-dipendenza, memoria prospettica e compiti di tapping.

Ci siamo focalizzati poi sulla demenza e sulle differenze con il ritardo mentale; dopo un brain storming siamo riusciti a definire la demenza come un deterioramento delle funzioni cognitive tale da compromettere una significativa riduzione delle esecuzioni di una serie di abilità della vita quotidiana.

Esistono diversi criteri di valutazione della demenza:

- Ci deve essere un deficit di memoria e un deficit di altro tipo tra afasia, aprassia, agnosia, defici esecutivo
- Il decorso deve essere ingravescente, cronico-progressivo.
- Deve portare ad un significativa riduzione dell'ecologia quotidiana
- Non deve essere spiegato da altre cause

A livello tassonomico le demenze sono legate per il 55% all'alzheimer, per la restante percentuale da morbo di Parkinson, morbo di Huntington, malattie vascolari e Hiv.

La demenza è una malattia neurologica, la demenza di Alzheimer in particolare è legata ad una atrofia corticale che è diagnosticabile solo con l'autopsia.

E' legata ad un grosso quantitativo di formazioni proteiche (filamenti neuro fibrillari costituiti da proteine) più placche semplici di proteina beta-amiloide che crea un deficit di acetilcolina.

Tra i fattori di rischio:

- Basso livello culturale
- Età avanzata
- Sesso femminile
- Trauma cranico
- Sindrome di down
- Familiarità

I fattori protettivi sono invece:

- Allenamento mentale
- Vitamina C-E
- Terapia ormonale sostitutiva
- Uso di fans

OSSERVAZIONI SUL CAMPO

Casa di cura privata del policlinico

E' stato molto interessante poter lavorare personalmente sull'osservazione di quattro



visite differenti sia per quanto riguarda i soggetti di età e con diagnosi molto diverse sia per quanto riguarda l'operatore neuropsicologico; ho infatti potuto assistere a varie somministrazioni effettuate da due operatori che avevano modalità di rapporto con il paziente e con i test piuttosto diverse tra loro.

PRIMO PAZIENTE

L'osservazione della visita del signor A. M. è stata parziale. Ho osservato unicamente la somministrazione del test di aprassia ideo-motoria di Renzi.

A.M. è l'unico paziente del quale non ho potuto avere molte informazioni. Uomo di circa 85 anni, con evidenti deficit motori.

Si presenta come un signore minuto, non autonomo dal punto di vista motorio e "accompagnato" da una carrozzina. L'igiene è buona e, visto l'abbigliamento, maglietta intima a maniche corte e pantalone molto leggero, deduco sia un paziente ricoverato.

A differenza di tutti gli altri pazienti è identificato da un braccialetto di carta; gli altri pazienti hanno invece un tesserino di riconoscimento appeso al collo.

A.M. è collaborante ma spesso non riesce a portare a termine i compiti che l'operatore gli propone. Osserva con attenzione l'operatore mentre gli propone il compito e tenta di riprodurlo impaziente, nonostante l'operatore cerchi ogni volta di fargli capire che il movimento va riprodotto dopo la proposta e non durante.

Non si esprime a parole, in corrispondenza con la richiesta di esecuzione di movimenti piuttosto complessi, guarda l'operatore sorridendo ed emette un suono simile all'esclamazione "uei-uei".

Si comporta in maniera appropriata e non sembra avere uno stato di coscienza sempre perfettamente vigile.

OPERATORE NEUROPSICOLOGICO

Il primo paziente è stato visitato dal Dott. Sozzi, giovane psicologo specializzato in neuropsicologia e responsabile del servizio di Neuropsicologia della Casa di Cura Privata del Policlinico.

Tutti i membri dell'equipe che ho visto al quarto piano dell'unità riabilitativa indossavano un camice bianco con il tesserino identificativo (nome e qualifica professionale), pantaloni verdi da sala operatoria e zoccoli chirurgici.

Il dott. Sozzi ha uno stile comunicativo molto chiaro e pertinente.

Appare molto sicuro, sia nei confronti degli strumenti che utilizza, sia nel rapporto con il paziente.

E' caldo in alcuni comportamenti, come ad esempio trattenere con fermezza la mano del paziente per evitare che la utilizzi impropriamente, ma distaccato allo stesso tempo nel dire a voce alta che un esercizio non è stato completato in maniera adeguata.

Sceglie e dosa parole molto semplici che scandisce in maniera chiara ma anche molto naturale.

SECONDO PAZIENTE

A. è una donna di 37 anni, laureata, insegnante di professione.

Circa 5 anni fa le è stata diagnosticata una leucoencefalopatia che le ha procurato deficit cognitivi importanti soprattutto a livello delle funzioni esecutive e della memoria di lavoro.

Presso l'istituto ha un programma di riabilitazione prevalentemente verbale e visuo-spaziale della durata di 60 giorni. Frequenta il centro tutti i giorni, con sedute di 45 minuti al giorno.

A. è molto magra, piuttosto curata e si presenta con un abbigliamento informale in tuta e scarpe da tennis.

Ha un aspetto debilitato e gli occhi lucidi e si muove lentamente.

E' molto collaborante e sembra volenterosa di poter continuare il lavoro di riabilitazione. Lo sguardo è rivolto unicamente all'operatrice e al foglio sul quale svolge i compiti assegnati.

Ha una voce piuttosto flebile e rotta, quando racconta cose non attinenti al test che le viene somministrato il tono di voce è molto più alto e deciso.

Le viene proposto un testo breve per lavorare sulla memoria a breve termine che porta a termine con molta fatica.

Il secondo compito è un calcolo combinato per esercitare la memoria di lavoro.

L'operatrice dice una coppia di numeri che vanno sommati. Il risultato che la paziente fornisce diventa un elemento di interferenza con il compito successivo in cui si richiede alla paziente di sommare l'ultimo numero pronunciato dall'operatrice con un nuovo numero.

Il terzo esercizio è un problema logico-matematico che la paziente aveva cercato di risolvere nella seduta precedente con esito negativo.

A. è molto collaborativa in tutti i compiti che le vengono assegnati ed è determinata nel risolvere il problema. I fallimenti le provocano agitazione e innalzamento improvviso del tono di voce.

Annota i dati del problema con molta cura, si impegna e, verso la fine dell'incontro, sembra molto affaticata.

Di A. mi ha colpito la consapevolezza che sembrava dimostrare nei confronti delle sue lacune, il suo insight, la differenza con cui parlava con un linguaggio forbito e ricercato di eventi passati e quindi la facilità con cui attingeva alla memoria a lungo termine e la difficoltà di ricordare parole pronunciate poco tempo prima.

OPERATORE NEUROPSICOLOGICO

La dottoressa Gioise è una giovane psicologa, specializzata in neuropsicologia.

Osservare 3 visite diverse è stato interessante per cogliere le differenze di atteggiamento e di comportamento della dottoressa in interazione con pazienti molto diversi tra loro soprattutto per età e diagnosi.

Lo stile comunicativo nei confronti di A. è piuttosto caldo e affettuoso, la dottoressa da ad A. del tu e traspare una vicinanza affettiva nei confronti della paziente.

Dopo pochi minuti noto un cambiamento posturale piuttosto evidente; si mette in ginocchio sulla sedia e si protende verso la paziente utilizzando un tono di voce molto dolce.

La guarda spesso e la incalza forse anche troppo nella risoluzione dei problemi.

E' evidente il suo dispiacere quando la paziente non riesce a ricordare.

Tiene il cronometro sul tavolo e non ne nasconde l'utilizzo e spiega alla paziente l'utilità specifica di ogni lavoro.

TERZO PAZIENTE

A. V. uomo, 84 anni, 15 anni di scolarità

E' al centro per una valutazione per un sospetto parkinsonismo vascolare.

Era stato sottoposto ad una prima valutazione circa 10 mesi fa, questa seconda valutazione viene effettuata in 3 giornate e viene accolto in day hospital.

Il signor A. si presenta nello studio in carrozzina, accompagnato dal signor Mao (infermiere).

Ha un viso particolarmente sorridente, il cartellino di riconoscimento al collo e due apparecchi acustici.

E' molto pulito e ben vestito con camicia e golf. Entrando si accorge della mia presenza e mi saluta sorridendo.

Il primo test è la **lista delle parole di rey** (test di memoria): l'operatrice enuncia una serie di parole, il paziente deve cercare di ricordarne quante più possibili.

Gli viene poi somministrato il test delle **matrici attentive di raven**, test di ragionamento, che richiede al soggetto di indicare la mattonella mancante per completare la figura.

Anche A. è collaborativo, guarda con attenzione l'operatrice e si sforza di concludere al meglio i test.

Si percepisce il fatto che si senta sotto esame e, non appena l'operatrice esce dalla stanza per recuperare un test, si rivolge a me esprimendosi sulla sua prestazione in maniera negativa.

Il terzo compito consiste nel cancellare entro una lista di numeri dei numeri precisi.

Le prime righe sono di prova, poi viene azionato il cronometro. E' molto rapido e preciso.

Il quarto esercizio chiede a A. di disegnare i numeri all'orologio. Lui vuole barare e chiede se può copiare il suo orologio.

Poi viene chiesto al soggetto di fare attenzione ad una nuova lista di parole e di dire per ogni parola se era presente nella lista precedente oppure si tratta di una nuova parola.

A. svolge questo compito con una velocità e una sicurezza impressionante.

Il sesto test è valuta la fluenza fonemica e semantica: si chiede al paziente in un lasso di tempo cronometrato di elencare il maggior numero di parole che gli vengono in mente eccetto nomi di persone.

La somministrazione di questo test e l'osservazione dello scambio di sguardi tra paziente ed operatore mi ha colpito, l'operatrice riusciva con professionalità a rimanere seria anche quando il paziente ride tra sé e sé e si auto-censurava probabilmente al pensiero di parole un po' poco consone.

Poi viene sottoposto al **weigl sorting test** che valuta la capacità di astrazione: si chiede al paziente di classificare alcuni oggetti e di dividerli in gruppi seguendo categorizzazioni differenti ogni volta che non vengono esplicitate a priori dall'operatrice.

La sensazione è quella di un signore che ha la chiara percezione di essere analizzato, nonostante lei ripeta in continuazione che non si tratta di un esame.

L'operatrice con questo paziente sembra avere uno stile comunicativo meno caldo rispetto a quello che aveva con la paziente precedente.

E' più composta, gesticola maggiormente e usa un tono di voce molto più alto per farsi capire meglio.

Ogni tanto è troppo concentrata sul foglio e sui compiti da proporre e perde il contatto oculare con il paziente per lunghi periodi.

QUARTO PAZIENTE

G. B.. uomo 76 anni, 8 anni di scolarità.

E' ricoverato per un parkinson che gli ha causato grossi deficit cognitivi soprattutto per quanto riguarda le funzioni esecutive, la pianificazione e il ragionamento.

Ha presentato in passato aspetti psichiatrici e di recente il rallentamento delle funzioni cognitive si è fortemente ridotto.

G.B. arriva accompagnato dall'inserviente e cammina aiutato da una portantina.

E' un signore davvero magrissimo e si presenta molto curato.

Sorride, borbotta tra se e se e fischiotta mentre l'operatrice va a cercare la sua cartella.

Guarda l'operatrice, osserva l'ambiente, nota la mia presenza e saluta educatamente.

Il primo esercizio che gli viene proposto è **l'associazione numero simbolo (Inzaghi)**. Il paziente deve ricordare delle associazioni simbolo-numero e poi ridisegnare i simboli associati ai numeri.

A differenza del paziente precedente sembra molto sicuro di se, osserva le associazioni per pochissimo tempo e dichiara dopo pochi secondi di essere pronto e di ricordarsele.

Sembra molto deluso del suo primo fallimento nel test e si arrabbia per la sua poca attenzione e per la sua fretta.

Abbassa lo sguardo e giocherella con la matita quando l'operatrice si dimostra piuttosto scocciata per la poca attenzione dedicata allo svolgimento della richiesta.

L'operatrice insiste e lo guida nell'assimilazione delle associazioni.

Il compito precedente viene intervallato con un altro compito, quello dello **"stop all'intruso"**, compito in cui il paziente deve riconoscere quando si tratta di nomi di città e dire "stop" quando non si tratta di nomi di città.

Svolge questo compito con molta velocità e poca riflessività e interagisce con la dottoressa anche parlandole di altre cose che esulano dal test.

Quando viene lasciato solo con me, giocherella con la matita e poi rivolgendosi a me si autocolpevolizza

"dovevo stare più attento!"

Gli si chiede poi di comporre il maggior numero di parole con una serie limitata di consonanti e di vocali stampate su quadratini di carta.

Qui sembra molto concentrato e svolge il compito con grande successo.

L'operatrice adotta con G. B. uno stile relazionale molto caldo. E' molto contenta dei grandi miglioramenti del paziente e lo incita molte volte.

All'opposto però appare molto severa quando G.B. non si concentra sul compito e lo rimprovera seriamente.

Ogni tanto è troppo concentrata e si dimentica di segnare sul foglio qualche errore o si confonde utilizzando termini che risultano di difficile comprensione al paziente.

SETTING

Ho assistito unicamente a valutazioni e visite individuali. Durante la prima valutazione effettuata dal dottor Sozzi, la dottoressa Gioise era presente nella stanza ma non partecipava alla somministrazione.

Le stanze che ho osservato e specialmente quella dove ho passato la maggior parte del tempo ad osservare le somministrazioni è una stanza molto ordinata e illuminata.

Un tavolo moderno e di dimensioni medie separa il paziente dall'operatore e permette di essere usato come appoggio da entrambi. I soggetti si trovano uno di fronte all'altro seduti su sedie o carrozzine.

La stanza è piuttosto spaziosa, c'è un altro tavolo con un computer, un armadio in alluminio che contiene le cartelle cliniche dei pazienti, un piccolo lavandino con uno specchio.

Sebbene i materiali degli elementi presenti, immagino per regolamento di igiene, siano piuttosto asettici, la stanza non è del tutto anonima: vi è un cartellone colorato che si domanda se l'età ha un effetto positivo sul trattamento neuropsicologico oppure no, una bacheca di sughero con tanti disegni e immagini del cervello e un grosso calendario appeso ad una parete.

La stanza comunica con altre due stanze e con il corridoio, ha quindi un accesso dall'esterno ed un accesso dall'interno.

La durata degli interventi è di 45' e la tutela e il rispetto per la privacy è totale, viene richiesto il consenso al trattamento dei dati sensibili e in consenso al trattamento sanitario.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei caregiver si parla per lo più di figli o comunque parenti, molto poco spesso di badanti, con queste persone non viene fatto nessun tipo di intervento né di psicoeducazione né di supporto psicologico.

I costi degli interventi sono legati alle convenzioni con il sistema sanitario nazionale.

I dati vengono raccolti in una cartella ad hoc, gli operatori dopo aver valutato i pazienti stendono una relazione che viene riportata su un software che può essere consultato da tutti gli operatori della casa di cura ma modificati unicamente dai neuropsicologi.

Ai famigliari viene fatta scarsa restituzione, la restituzione è prevalentemente interna tra i membri del servizio.

La modalità di refertazione avviene nella cartella medica.

Talvolta ma in casi eccezionali vengono fatte registrazioni audio o video in caso di pazienti afasici, aprassici o con deficit cognitivi particolari.

Lo stile relazionale è paritario e flessibile e si parla di pazienti, non di clienti o di ospiti.

Lo scopo degli interventi è clinico di valutazione e/o di riabilitazione.

In questo dipartimento ci si prende carico dei pazienti generalmente dimessi dagli ospedali unicamente per un primo ciclo di riabilitazione o di valutazione di tipo motorio o cognitivo.

Dopo il primo ciclo i pazienti vengono spostati o in strutture per il mantenimento o in rsa, oppure rimandati a casa.

Gli strumenti usati sono molteplici: dal colloquio ad una varietà di test per la valutazione piuttosto che esercizi per la riabilitazione. Per la maggior parte la modalità di presentazione è carta matita a volte capita di far lavorare i pazienti al computer con software specifici.

La Casa di cura privata del policlinico, unità operativa di riabilitazione specialistica, sita in via Dezza 48 a Milano è un istituto privato convenzionato con il sistema sanitario nazionale.

L'attività neuropsicologica sembra avere molta rilevanza all'interno della casa di cura, vi è dedicata una unità operativa e ci sono 3 studi di neuropsicologia, 4 neuropsicologi che si occupano circa del 30 per cento dei pazienti ricoverati.

Il lavoro di equipe è molto importante, vengono fatte riunioni settimanali di reparto e riunioni specifiche con i logopedisti e con i terapisti occupazionali.

OSSERVAZIONI SUL CAMPO

Piccolo rifugio

L'osservazione effettuata presso il piccolo rifugio è stata molto diversa dalla precedente.

Siamo stati accolti in gruppo dalla dott.ssa Stefania Canulli, psicologa responsabile del servizio e da una ragazza tirocinante nella vecchia biblioteca dell'istituto dove ci viene raccontata la storia della struttura e come è organizzata.

Il piccolo rifugio è uno tra i 5 istituti più grossi e più antichi di Milano. La sua storia risale alla fine dell'800, venne istituito per volere del conte Lurani a scopo benefico e di

accoglienza di bambine rimaste orfane di uno dei due genitori oppure con piccoli handicap psicologici o fisiologici.

Era un istituto unicamente femminile gestito da suore e la sua prima sede era in via De Amicis.

Inizialmente era autogestito dalle suore, che mantenevano la struttura grazie ad attività di questua e di veglia delle salme ai funerali.

La sede odierna è stata inaugurata negli anni '60, non è più gestita da suore e accoglie unicamente persone anziane.

E' una residenza socio-assistenziale per disabili e anziani dai 50 anni in su, ospita 270 anziani e 90 disabili, parte delle ospiti anziane hanno passato la vita in questo istituto.

I reparti inizialmente erano organizzati in camerate da 6 posti letto ciascuna con un bagno centrale, ora la struttura è in ristrutturazione: l'adeguamento alle normative imposte dall'asl prevede stanze da 2 letti con bagni ogni 4 letti; ad oggi manca la ristrutturazione solo di un'ala della struttura.

Le RSA sono divise in reparti, ogni reparto ha un caposala che è una infermiera professionale, unicamente in un caso si tratta di una suora. Oltre al caposala c'è un altro infermiere semplice o professionale oppure un os (operatore sanitario) e un buon numero di asa. Le asa sono le inservienti che aiutano gli anziani nel lavaggio, nella vestizione e nell'igiene degli spazi personali (letto, carrozzina, armadio).

Le os sono una figura intermedia tra l'infermiere e l'asa, sono operatori che possono svolgere alcuni compiti di infermeria semplice grazie ad un diploma conseguito in seguito ad un corso riconosciuto dalla regione.

C'è poi la figura dell'assistenza sociale, quella del fisioterapista e dell'educatore.

Vi è un medico di reparto 24 ore su 24, un medico notturno, uno per il week-end e alcuni medici specialisti: un fisiatra, un neurologo, un dermatologo, un ecografista, un oculista un ginecologo che lavorano presso il centro 2 volte a settimana.

Ci sono due psicologhe: lei e una per i disabili che lavorano presso la struttura 16 ore a settimana.

Il lavoro dello psicologo si svolge su tre livelli:

- Sugli utenti
- Sugli operatori
- Sui famigliari

C'è un anche centro diurno, uno spazio dove l'anziano può recarsi da casa aperto tutta la settimana per stare in compagnia e per compiere attività fisiche. E' una formula che

può alleviare quelle famiglie che hanno a carico l'anziano. Generalmente sono anziani che vengono dalla zona ed è una formula che garantisce una forma di socializzazione, una via di mezzo tra l'istituzionalizzazione e la casa.

Alcuni istituti dividono gli ospiti rispetto alla gravità della situazione psico-fisiologica. Il piccolo rifugio non lo fa, il vantaggio è il fatto che la persona è consapevole degli spostamenti che verrebbero compiuti in caso di deterioramento cognitivo o fisiologico e questo potrebbe essere un fattore molto negativo per il singolo soggetto. Ci sono poi anche delle questioni economiche e altre questioni puramente logistiche legate alle liste d'attesa.

E' rimasto un istituto femminile fino a 7 anni fa, oggi ci sono anche 13 uomini.

Si parla sempre di ospiti e non di pazienti, non ci sono uomini con handicap, non ci sono operatori maschi, solo asa di sesso maschile che hanno incontrato inizialmente una dura resistenza da parte di molte utenti.

Per quanto riguarda la formazione della dott.ssa Canulli ha studiato psicologia presso l'università Cattolica con indirizzo clinico-dinamico. Ha avuto l'occasione di fare il tirocinio al piccolo rifugio e poi di avere un contratto indeterminato. Si è specializzata attraverso corsi di neuropsicologia, corsi di conversazione con il malato di Alzheimer, e corsi di gruppi di auto aiuto.

Ci sono reparti che appartengono ad un vecchio pensionato che era annesso al piccolo rifugio: oggi rimane una unica stanza del vecchio pensionato arredata come un piccolo appartamento.

Il pensionato era un edificio dove c'erano camere singole che venivano arredate dalle persone che le abitavano e si poteva usufruire della sicurezza medica e dell'assistenza offerta dalla struttura.

Oggi l'utenza è cambiata molto con l'introduzione della badante.

Il primo contatto quando un nuovo ospite arriva al piccolo rifugio avviene con l'assistente sociale che si occupa dell'accettazione, dei contatti, degli appuntamenti, e decide la data d'ingresso.

Per i disabili è diverso, è necessario fare un lavoro di équipe per l'inserimento che non si può fare con gli anziani.

Il primo colloquio con l'ospite avviene in tempi brevi ed è un incontro di conoscenza e di presentazione, dove si comincia ad osservare lo stato di cognizione, l'accettazione del ricovero e lo stato di consapevolezza.

Il secondo colloquio è invece quello in cui viene fatta una vera e propria valutazione cognitiva: tendenzialmente lo strumento che si usa è il **mini-mental**. Secondo la dott.ssa Canulli è un test di screening efficace e soprattutto conosciuto dai medici. Può essere somministrato da chiunque e, a differenza del moda, è gratuito.

In casi particolari vengono somministrati la **GDS** (geriatric depression scale) o altri test come il **token** (per valutare la comprensione) o la **FAB** (frontal assesment battery)

La valutazione si fa:

- su un colloquio basato su eventi di vita, ripresa dal **MODA** per avere informazioni sull'orientamento familiare e personale.
- somministrazione del mini-mental
- somministrazione del gds se il paziente è riuscito a collaborare con il mini-mental: la scala geriatrica per valutare la depressione è uno strumento piuttosto vecchio ed esiste in una versione breve e una versione lunga.

La cartella psicologica è all'interno del fascicolo con tutte le cartelle cliniche ed infermieristiche del paziente e comprende la valutazione e l'osservazione del paziente che vengono riportate sottoforma di diario.

La neuropsicologa si occupa poi della programmazione delle riunioni di equipe dove ci si ritrova e si discute dei problemi delle persone. Queste riunioni avvengono dopo ogni nuovo ingresso oppure sotto richiesta specifica.

Dopo il primo mese viene organizzato un incontro tra equipe e famigliari dell'ospite e l'ospite stesso (se i problemi cognitivi non sono gravi) per condividere il pai (piano di assistenza indiretta) dove vengono identificati alcuni obiettivi e le modalità di raggiungimento: ogni 6 mesi si valuta se l'obbiettivo viene raggiunto oppure no. La asl richiede che il pai venga condiviso con la famiglia.

L'incontro con i famigliari ha anche l'obbiettivo di rassicurare il famigliare sulle competenze della struttura soprattutto quando l'inserimento risulta difficile.

Si dà poi la possibilità all'ospite di avere colloqui individuali con la psicologa qualora l'inserimento risulti complicato. Stessa cosa accade per tutti i problemi particolari che arrivano su segnalazioni da parte del paziente stesso oppure dal medico.

Per quanto riguarda l'intervento sugli operatori è possibile organizzare riunioni d'equipe: gli operatori spesso hanno bisogno di essere aiutati e la psicologa è sempre disponibile sia per loro che per i famigliari che spesso necessitano per lo più di colloqui psico-educazionali.

In generale è stata un'esperienza importante: mi ha permesso di cogliere aspetti di forza e di debolezza della figura dello psicologo e di quella del neuropsicologo che prima ignoravo e di riflettere sull'importanza della relazione che questo ruolo professionale ha e deve gestire con una molteplicità di altri professionisti molto diversi.

E' stato molto interessante confrontarsi con due realtà per certi versi opposte in cui opera la figura del neuropsicologo ed è stato importante, ricollegandosi agli spunti di riflessione offerti dal professor Calcaterra in aula, poter toccare con mano come "ogni contesto ritagli un metodo specifico".

Mi riferisco alla scelta dei test, alla centralità dell'utilizzo dei test in un contesto e all'importanza della relazione e della condivisione nell'altro, all'importanza della precisione della diagnosi da una parte, alla centralità della rassicurazione e dell'accoglienza dall'altra.

Sono state per me due esperienze molto forti dal punto di vista emotivo che mi hanno fatto cogliere l'importanza dell'esistenza di figure professionali in grado di interagire con consapevolezza con un mondo spesso nebuloso come quello della psicologia dell'anziano e dell'intervento neuropsicologico.