Argento Vivo: psicogeriatria per la demenza

Il progetto "Argento Vivo" nasce come risposta strutturale all'evoluzione della complessità clinica ed assistenziale della popolazione accolta nelle RSA, caratterizzata da una prevalenza sempre più significativa di ospiti affetti da disturbi del comportamento (BPSD). Il modello mira a superare la frammentazione normativa regionale italiana attraverso un approccio unitario, basato su quattro pilastri: l'ambiente protesico, l'implementazione sistematica di Terapie Non Farmacologiche (TNF), la formazione "a cascata" del personale e il lavoro coordinato dell''équipe multiprofessionale.

Di Lavinia Toussan *(geriatra e coordinatore medico Lazio-Toscana, Anni Azzurri Gruppo Kos)*, Maddalena Cordoglio *(referente processi clinico-assistenziali Anni Azzurri)*

Basato sull'attività di Anni Azzurri Kos, il progetto "Argento Vivo" ha lo scopo di affrontare le trasformazioni che hanno interessato le strutture residenziali per anziani negli ultimi anni, soprattutto in riferimento ai mutati bisogni delle persone accolte e dei loro familiari, mettendo in atto risposte concrete che si fondano sull'esperienza e su un approccio partecipativo.

Il progetto "Argento Vivo": coniugare esperienza e innovazione

Il progetto denominato "**Argento Vivo**" nasce come risposta ad un cambiamento demografico ed epidemiologico che ha trasformato il volto delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) negli ultimi anni, abitate in prevalenza da persone anziane affette da decadimento cognitivo. **Si è partiti da un'osservazione del contesto**: la popolazione prevalente accolte nelle strutture residenziali per anziani è composta prevalentemente da persone con disturbi del comportamento (BPSD – *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*)[1]. **Si tratta di un dato, secondo l'esperienza di Anni Azzurri Kos, trasversale alle diverse realtà territoriali allocate anche in regioni diverse.** L'analisi dei bisogni delle persone accolte e delle loro caratteristiche è stata quindi integrata da un'**osservazione sul campo**, attraverso l'ascolto e l'osservazione delle esperienze in corso nelle strutture situate nelle diverse regioni, con l'obiettivo di **rilevare l'impatto dei diversi interventi già in essere sulla qualità di vita degli ospiti e sulla loro efficacia nella gestione dei disturbi comportamentali**, anche dal punto di vista degli operatori e dei familiari. Il fine ultimo è quello di migliorare la qualità di vita di tutti coloro che vivono queste strutture: ospiti, familiari e tutto il personale (Jones M. 2005; Cohen-Mansfield *et al*., 1989).

I fondamenti metodologici del progetto "Argento Vivo"

Uno degli elementi centrali del modello riguarda la trasformazione dell'ambiente fisico, fondata sull'idea che lo spazio possa influenzare in modo significativo il benessere degli ospiti, oltre a svolgere una funzione meramente contenitiva. L'allestimento dei reparti delle nostre Residenze per anziani si è orientata verso una progressiva de-sanitarizzazione, con l'obiettivo di **ridurre i tratti tipicamente ospedalieri a favore di ambienti più familiari e più adeguati alla gestione dei disturbi del comportamento, mantenendo al contempo adeguati standard di sicurezza**. Gli spazi vengono quindi organizzati attraverso aree tematiche pensate per sollecitare la memoria a lungo termine e offrire riferimenti cognitivi riconoscibili. Tra gli esempi adottati si includono ambienti che richiamano una fermata dell'autobus, una biblioteca, un'area ristorante e spazi verdi dedicati all'ortoterapia. **È inoltre in corso la realizzazione di stanze multisensoriali di tipo Snoezelen**, progettate per fornire stimolazioni sensoriali controllate (luci, suoni, aromi, stimoli tattili) con finalità di rilassamento o di attivazione, in funzione delle condizioni e dei bisogni degli ospiti (Livingston *et al*., 2014; Abraha *et al*., 2017) **Questo processo richiede una sinergia tra la direzione clinica, lo staff assistenziale e riabilitativo, le funzioni aziendali che si occupano di edilizia e il servizio di prevenzione e protezione** (RSPP)[2]. La vulnerabilità delle persone

accolte ha infatti reso necessario un rigoroso lavoro con i fornitori per certificare pannelli e materiali che permettessero, ad esempio, l'occultamento delle porte (strategia fondamentale per ridurre il wandering e l'ansia da fuga). **La scelta degli arredi e degli ausili è stata mirata e fondata sull'esperienza pregressa maturata in molte residenze del gruppo.** In questa direzione, l'aver aver già testato l'impatto di molte tipologie di arredi terapeutici ha permesso di adottare le soluzioni più funzionali per il benessere degli anziani accolti. Accanto agli interventi di protesizzazione degli ambienti, **è in definizione un kit di materiali riabilitativi**, che ogni struttura è chiamata ad utilizzare e c**he prevede l'implementazione sistematica delle terapie non farmacologiche**: attraverso la specializzazione degli operatori nella realizzazione delle terapie non farmacologiche, e utilizzando l'ambiente protesico messo a disposizione di ciascuna struttura, l'obiettivo è favorire il benessere degli ospiti e dei familiari, riducendo il ricorso alla terapia psicofarmacologica. **Offrire agli ospiti attività educative e riabilitative**, organizzate e specifiche per le loro esigenze, può ridurre significativamente l'uso di farmaci antipsicotici/neurolettici nelle Residenze Sanitarie Assistenziali [3]. Un altro pilastro del progetto Argento vivo è la **formazione "a cascata" come motore del cambiamento**. Per questo motivo, il cuore pulsante di "Argento Vivo" è la Academy aziendale, **che si occupa di formare i "trainer" interni**. Queste figure chiave, individuate solitamente nello psicologo e nell'educatore di struttura, partecipano a percorsi di alta specializzazione sull'utilizzo dell'ambiente come terapia non farmacologico, sulle tecniche di comunicazione non verbale con le persone affette da decadimento cognitivo e sulle strategie di de-escalation nei disturbi comportamentali, **per poi riportare le competenze acquisite all'intero staff operativo attraverso una formazione "a cascata", consentendo così di raggiungere il 100% del personale socio-sanitario**. Questo metodo non si esaurisce in un evento una tantum, ma in un processo continuo e ciclico, sia come necessario aggiornamento e rinforzo delle competenze, sia per coinvolgere i nuovi operatori assunti. **Si tratta di una formazione che riguarda tutti gli operatori**, dedicando a ciascuna figura professionale focus specifici rispetto al ruolo esercitato. Risulta essenziale inoltre il **lavoro dell'équipe multidisciplinare** che, attraverso il coinvolgimento di ogni figura professionale, garantisca una gestione corale e coerente dei disturbi del comportamento, trasformando le competenze individuali in una strategia assistenziale condivisa.

1. **Ambiente protesizzato:** contesto semplice, sicuro e domestico, con spazi dedicati all'orientamento temporale e spaziale, arredi confortevoli, aree comuni e giardini Alzheimer, stanze per la stimolazione multisensoriale (Snoezelen).
2. **Attività riabilitative specifiche:** tecniche non farmacologiche per rallentare il declino cognitivo e funzionale come:
   - **sensoriali:** musicoterapia, aromaterapia, snoezelen, pet therapy, clown therapy (risultano efficaci nel ridurre l'agitazione durante le sessioni e immediatamente dopo)
   - **cognitive:** reality orientation (ROT), reminiscenza e storytelling, stimolazione cognitiva, validation therapy (si basano sull'idea che un migliore orientamento nella vita quotidiana verso le persone, il tempo o l'ambiente circostante possa migliorare i BPSD; permette agli ospiti di condividere le proprie esperienze, anche utilizzando oggetti per stimolare i ricordi, riducendo l'irritabilità; affronta gli attuali problemi di funzionamento stimolando il problem solving e l'elaborazione delle informazioni)
   - **cura di sé:** training, esercizio e attività all'aperto (gli ospiti vengono incoraggiati ad esprimere le proprie sensazioni e sentimenti, con validazioni positive da parte degli operatori; piccola igiene, vestizione, ecc.; l'esercizio fisico regolare migliora la forma fisica, il comportamento, la cognizione ed il funzionamento nelle persone anziane affette da demenza e può aiutare a ridurre i BPSD).
3. **Formazione del personale:** è stato sviluppato il percorso formativo *Psicogeriatria gentile*, dedicato a operatori e medici. I temi affrontati includono definizione ed evoluzione delle demenze, strategie di comunicazione, gestione della routine quotidiana e approcci riabilitativi specifici.
4. **Equipe multiprofessionale:** lavoro integrato tra medici esperti nella gestione delle demenze, psichiatri esperti in psicogeriatria, psicologi, terapisti occupazionali e fisioterapisti, educatori e animatori, assistenti sociali, infermieri e OSS.

Fonte: Sito Web Anni Azzurri, KOS

Il coinvolgimento dei familiari nel progetto “Argento Vivo”

La riconfigurazione dei reparti, concepita come un intervento “sartoriale” per ciascuna struttura, talvolta richiede cospicui lavori di allestimento ambientale con fasi temporanee di “disordine”: per questo motivo, considerata la fragilità e la vulnerabilità degli ospiti accolti, questi lavori sono sempre preceduti da una **pianificazione temporale accurata e dal coinvolgimento dei familiari**. Il coinvolgimento dei familiari viene garantito da una comunicazione strutturata, sia precedente ai lavori, sia in corso d’opera: **vengono organizzate riunioni allargate** volte a contestualizzare il temporaneo disagio logistico come condizione necessaria per la realizzazione di ambienti terapeutici (progettati per generare benefici diretti sugli ospiti) e per raccogliere prospettive, preoccupazioni e desideri, oltre a **comunicazioni scritte di aggiornamento sull’andamento dei lavori**. Inoltre, allo scopo di rilevare il punto di vista delle famiglie rispetto alla realizzazione del progetto, oltre ai momenti di incontro vengono proposti dei questionari specifici volti a misurare l’impatto percepito dei cambiamenti ambientali e metodologici. I riscontri ad oggi ottenuti evidenziano un elevato grado di soddisfazione e una valutazione positiva dell’impatto del progetto sulla qualità della vita dei residenti.

Il monitoraggio dell’efficacia del modello “Argento vivo”

Il monitoraggio dell'implementazione del modello "Argento Vivo" si basa sull'utilizzo di dati raccolti in modo sistematico, con l'obiettivo di supportare una **valutazione strutturata degli esiti clinici e assistenziali degli interventi realizzati**. A tal fine vengono impiegati strumenti standardizzati e ampiamente utilizzati in letteratura: il ***Neuropsychiatric Inventory*** **(NPI)** per il monitoraggio nel tempo della frequenza e della gravità dei disturbi comportamentali, e la **scala QualiDem** per la rilevazione della qualità della vita percepita anche nelle fasi avanzate del decadimento cognitivo, attraverso osservazione strutturata da parte di operatori formati. Il protocollo prevede inoltre la somministrazione di questionari per la rilevazione del burden dei caregiver, sia familiari sia professionali, al fine di cogliere l'impatto del modello anche sulle reti di cura. **Le rilevazioni finora disponibili indicano un miglioramento del benessere percepito da parte dei familiari e una riduzione del senso di colpa associato all'istituzionalizzazione**. Tali risultati verranno costantemente verificati attraverso analisi longitudinali e comparazioni con gruppi di controllo, al fine di valutarne la robustezza e la trasferibilità.

La visione futura: superare le barriere regionali e mettere in rete le strutture

"Argento Vivo" è un progetto in continua espansione: nato in Lombardia, quest'anno si sta consolidando in Veneto e nel Lazio con sette progettualità attive, con l'obiettivo di attivare il modello in altre sei nuove strutture nel breve termine. **L'ambizione futura è trasformare questa progettualità in un'attività di sistema, un modello di cura unitario, volto a superare le differenze tra le residenze situate in regioni diverse.** Il panorama normativo italiano è infatti estremamente variegato rispetto alle regole di accreditamento delle strutture residenziali per anziani: mentre alcune regioni prevedono nuclei specialistici accreditati per le demenze, altre regioni non riconoscono formalmente questi reparti, pur ospitando la medesima tipologia di pazienti fragili. "Argento Vivo" nasce anche dalla volontà di colmare questo gap normativo, **garantendo che ogni ospite riceva lo stesso livello di assistenza e cure specialistiche indipendentemente dal contesto geografico in cui risiede e in cui si trova la struttura presso cui è accolto** (EDCON, 2013; NICE 2018).

BIBLIOGRAFIA

Abraha I., Rimland J.M., Lozano-Montoya I., et al. (2017), *Systematic review of non-pharmacological interventions to treat behavioral and psychological symptoms of dementia: evidence from randomized controlled trials*, in J Am Med Dir Assoc, 18(6):527.e19-527.e40.

Cohen-Mansfield J., Marx M.S., Rosenthal A.S. (1989), *A description of agitation in a nursing home*, in Journal of Gerontology, 44(3):M77–M84. doi.org/10.1093/geronj/44.3.M77.

European Dementia Consensus Network (EDCON) (2013), *Guidelines on Quality Standards in Dementia Care*, Alzheimer Europe.

Jones M., (2005), *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, edizione curata da Bartorelli L. e tradotta da Caracciolo F., Carocci editore.

Livingston G., Kelly L., Lewis-Holmes E., Baio G., Morris S., Patel N., Omar R.Z., Katona C., Cooper C. (2014), *Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials*, in British Journal of Psychiatry, 205(6):436-442. doi:10.1192/bjp.bp.113.141119.

NICE(2018), *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*, NICE Guideline NG97.