

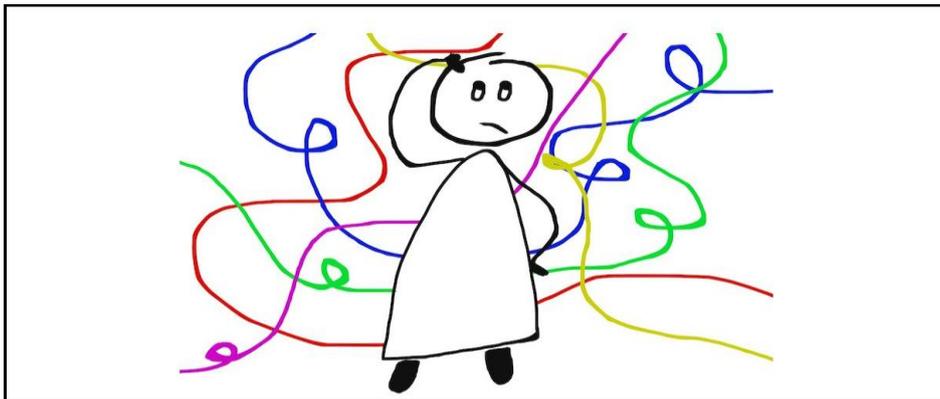
**OSPEDALE GENERALE DI ZONA**  
**“San Camillo”**



TREVISO

**UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**

Direttore Dott. Andrea Beltramin



**OPUSCOLO INFORMATIVO SUI DISTURBI**

**COMPORTAMENTALI NEL**

**DETERIORAMENTO COGNITIVO**

**INDICAZIONI COMPORTAMENTALI PER FAMILIARI E  
CAREGIVER**

Opuscolo a cura dell'Equipe Riabilitativa  
dell'Ospedale “San Camillo” di Treviso



Questo opuscolo nasce dall'esigenza, emersa nel quotidiano confronto con pazienti e familiari, di fornire a tutte le persone che prestano assistenza a pazienti affetti da deficit cognitivi un semplice e fruibile vademecum.

Esso contiene alcune informazioni sulle possibili modalità per facilitare la comunicazione e l'interazione con il paziente affetto da deficit cognitivo-comportamentale.

Questo lavoro è frutto dell'esperienza maturata in anni di attività nel campo della Medicina Riabilitativa da parte delle Neuropsicologhe Cinzia Favero e Linda Biasuzzi e in generale di Medici Fisiatri, Logopedista, Fisioterapisti, Terapista Occupazionale, Infermieri e Operatori Socio-Sanitari dell'Equipe Riabilitativa dell'Ospedale Generale di Zona "San Camillo" di Treviso.

Ringrazio tutti coloro che hanno contribuito alla stesura.

Dott. Andrea Beltramin  
Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione  
Direttore U.O. Medicina Fisica e Riabilitativa  
Ospedale Generale di Zona "San Camillo"  
Treviso

<b>Matrice delle edizioni</b>
Prima edizione Dicembre 2023



## INDICE

### **1. CHE COSA SI INTENDE PER DETERIORAMENTO COGNITIVO?**

*1.1 COME SI EFFETTUA LA DIAGNOSI DI DETERIORAMENTO COGNITIVO?*

### **2. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

#### **2.1 AGGRESSIVITÀ/IRRITABILITÀ**

*2.1.1 COSA COMPORTA L'AGGRESSIVITÀ/IRRITABILITÀ?*

*2.1.2 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

#### **2.2 AGITAZIONE PSICOMOTORIA**

*2.2.1 CHE COS'È L'AGITAZIONE PSICOMOTORIA?*

*2.2.2 COSA COMPORTA L'AGITAZIONE PSICOMOTORIA?*

*2.2.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

#### **2.3 DELIRI E ALLUCINAZIONI**

*2.3.1 CHE COSA SONO I DELIRI E COSA COMPORTANO?*

*2.3.2 CHE COSA SONO LE ALLUCINAZIONI E COSA COMPORTANO?*

*2.3.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

#### **2.4 COMPORTAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI**

*2.4.1 COSA SI INTENDE PER COMPORTAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI E COSA COMPORTANO?*

*2.4.2 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

#### **2.5 LABILITÀ DEL TONO DELL'UMORE**

*2.5.1 COSA SI INTENDE PER LABILITÀ DEL TONO DELL'UMORE E COSA COMPORTA?*

*2.5.2 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

#### **2.6 DEPRESSIONE**

*2.6.1 COME SI MANIFESTA?*

*2.6.2 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

### **3 MODALITÀ DI ACCESSO E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**



## PREFAZIONE

*La persona colpita da lesioni o disfunzioni cerebrali acquisite vive un cambiamento, a volte drammatico, che può riguardare non solo le proprie capacità e competenze, ma anche le proprie caratteristiche di personalità e la capacità di relazionarsi con gli altri. I sintomi diventano elementi incomprensibili non solo per la persona stessa ma anche per chi le sta vicino e non la riconosce come la persona che era prima. La complessità delle problematiche che presentano questi pazienti, pone per i loro familiari la necessità di capire che cosa fare e come comportarsi di fronte alle difficoltà della persona. La famiglia riveste un importante ruolo di supporto e di stimolo nel processo di assistenza del paziente, in quanto elemento di raccordo tra la “dimensione di cura” rappresentata dall’ambiente riabilitativo e la “dimensione sociale” in cui il paziente normalmente vive. Poiché anche la famiglia subisce l’evento “malattia” e le sue ripercussioni, si è posta la necessità di condividere con i familiari dei pazienti alcuni contenuti ed informazioni utili per affrontare i problemi cognitivo-comportamentali legati ad essa.*

## 1. IL DETERIORAMENTO COGNITIVO

Il deterioramento cognitivo è la conseguenza di una patologia acquisita, in cui il declino delle funzioni cognitive rappresenta una modificazione rispetto alla condizione precedente.



Le possibili cause di demenza sono numerose e includono sia malattie a carico del sistema nervoso centrale, sia malattie o condizioni con effetti secondari sulle funzioni cerebrali. Il processo patogeno fondamentale è sempre la perdita o l'alterata funzione delle cellule nervose che costituiscono il substrato anatomico delle funzioni cognitive. Tra le patologie neurologiche alcune possono causare demenza mediante meccanismi noti: per effetto di traumi cranici o di disturbi vascolari (ictus ischemico o emorragico), di infezioni (encefalite) o di mancato apporto di ossigeno al cervello (ipossia) come nel caso di arresto cardiaco o di intossicazione da monossido di carbonio. In questi casi, il deterioramento cognitivo è la conseguenza di un danno evidente (distruzione di tessuto nervoso) in aree cerebrali cruciali per le attività cognitive; queste forme di demenza si associano di solito ad altri deficit neurologici focali. Altre patologie neurologiche, dette neurodegenerative, agiscono invece tramite meccanismi in gran parte ancora sconosciuti causando la progressiva perdita di neuroni senza evidenza di danno focale se non la riduzione di tessuto cerebrale (atrofia).

Quando la perdita delle funzioni cognitive è di entità tale da compromettere l'autonomia funzionale della vita quotidiana viene definita "deterioramento cognitivo" o "demenza". La demenza, a differenza di altri disturbi definiti da deficit di una sola abilità cognitiva o comportamentale, è diagnosticata quando sono presenti deficit in molteplici ambiti, come memoria, linguaggio, cognizione spaziale e funzioni esecutive.

## 1.2 COME SI EFFETTUA LA DIAGNOSI DI DETERIORAMENTO COGNITIVO?

La diagnosi di deterioramento cognitivo passa attraverso l'anamnesi, la valutazione psicometrica e in ultimo la diagnosi nosografica. L'anamnesi cognitivo-comportamentale è orientata a rilevare i comportamenti alterati osservati dal paziente e/o dai suoi familiari e dal personale ospedaliero quando, la slatentizzazione di questi aspetti avviene in modo evidente nel corso del ricovero ospedaliero. Questa indagine deve evidenziare se i presunti disturbi rappresentano una modificazione rispetto al periodo precedente. Si dovrà indagare la capacità di ricordare nuovi eventi, il linguaggio, l'esecuzione di azioni, la cognizione spaziale, la presenza di modificazioni del comportamento sociale e del tono dell'umore. Successivamente, si potrà passare alla valutazione psicometrica, cioè alla somministrazione dei test neuropsicologici, generalmente utilizzando batterie di valutazione globale volte a fornire punteggi indicativi del grado di competenza cognitiva del paziente.

La valutazione neuropsicologica è una tappa fondamentale del processo diagnostico e permette di intervenire e di avviare un intervento in grado di ritardare la progressione della malattia agendo sulla stimolazione mirata delle capacità cognitive residue, favorendo una migliore organizzazione della vita del paziente e dei suoi familiari.

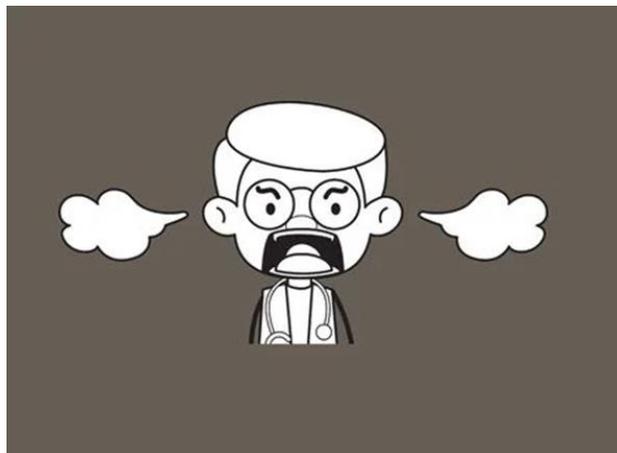
## 2.1 DISTURBI DEL COMPORAMENTO

Alla compromissione delle funzioni cognitive, frequentemente, si aggiungono altre difficoltà che rendono più complessa la gestione delle persone con deterioramento cognitivo. Questi problemi vengono definiti *disturbi del comportamento* o *sintomi non cognitivi*.

### 2.1 AGGRESSIVITÀ/IRRITABILITÀ

#### 2.1.1 COSA COMPORTA L'AGGRESSIVITÀ/IRRITABILITÀ?

Si tratta di un comportamento che può manifestarsi sia sottoforma di aggressività verbale (insulti, parolacce, etc...) che sottoforma di aggressività fisica: il malato picchia, graffia, cerca di mordere, sputa, respinge.



Spesso la persona non è in grado di leggere, decodificare, interpretare e comprendere pienamente ciò che succede, per questo motivo tali manifestazioni appaiono improvvisamente, apparentemente non sembrano determinate da qualcosa di specifico, ma spesso rappresentano una reazione difensiva da parte della persona. Quando viene a mancare la mediazione delle funzioni cognitive che consentono di decodificare i messaggi dell'ambiente circostante permettendo alla persona di organizzare risposte comportamentali congruenti, cioè logicamente conseguenti agli stimoli, qualunque stimolo può essere interpretato come una minaccia:

- il semplice avvicinarsi senza preavviso può essere interpretato come una minaccia: la persona, può non avvertire l'avvicinarsi della persona e percepire



come improvviso il suo presentarsi di fronte a sé, spaventandosi e reagendo impulsivamente

- un tono di voce troppo alto o irritato può essere vissuto come un attacco perché la persona può non essere in grado di comprendere il significato delle nostre parole
- la richiesta di compiere alcune manovre assistenziali, può diventare priva di significato per la persona che ne coglie soltanto gli aspetti di invadenza e violazione nei confronti del proprio corpo.
- un malessere fisico può venire manifestato attraverso comportamenti aggressivi.

È importante comprendere che nell'aggressività della persona non c'è intenzionalità, la sua rabbia verbale o fisica non è consapevolmente rivolta a noi, ma costituisce sempre l'espressione di un disagio.

### *2.1.2 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

- ridurre al minimo le situazioni che possono essere vissute come minacciose dalla persona (avvicinarsi di fronte con preavviso, utilizzare un tono di voce basso e rassicurante, avvicinare la persona uno alla volta, ecc.)
- può essere utile attirare l'attenzione della persona su uno stimolo piacevole e interessante o che genera benessere, può trattarsi di una canzone, una filastrocca o un ricordo, la cui ripetizione riesce a distrarre la persona per il tempo necessario all'igiene, alla vestizione e ad altre attività di base per ridurre eventuali reazioni aggressive
- dal momento che il messaggio verbale e non verbale che rivolgiamo alla persona può essere più o meno comprensibile, è opportuno non insistere e rinviare ad un secondo momento una proposta che genera una prima risposta irritata
- può anche essere utile, quando una proposta genera nella persona una risposta irritata, che a riproporre la proposta non sia la medesima persona ma una persona diversa
- mantenere un atteggiamento autorevole, ma accogliente, calmo e rassicurante.

## 2.2 AGITAZIONE PSICOMOTORIA

### 2.2.1 CHE COS'È L'AGITAZIONE PSICOMOTORIA?

L'agitazione psicomotoria è un disturbo che comporta per la persona l'incapacità di stare fermo, con manifestazioni che includono la presenza di richieste incessanti e ripetitive oppure la manifestazione di ansia, tensione, inquietudine e paura per qualcosa di indefinito.

### 2.2.2 COSA COMPORTA L'AGITAZIONE PSICOMOTORIA?

Frequentemente l'agitazione psicomotoria rappresenta il segnale di difficoltà nell'interazione con l'ambiente, magari per la presenza di troppi stimoli, oppure per la presenza di qualche disagio, come la presenza di un malessere fisico o di problemi fisiologici: dolore, un'infezione, una malattia ma anche stanchezza, fame o sete. A volte, anche porre richieste troppo elevate per le risorse della persona può generare tensione e agitazione. Talvolta l'agitazione psicomotoria può manifestarsi anche in relazione a momenti di deflessione del tono dell'umore.



### 2.2.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- può essere utile domandarsi se la causa del comportamento è interna o se dipende dall'ambiente esterno e se ci sono eventi o stimoli precipitanti che possano contribuire a scatenare nel paziente ansia, stress e deflessione del tono dell'umore
- utilizzare un tono di voce calmo e rassicurante, cercando di attirare l'attenzione della persona su cose che la interessano, cercando con tatto di riorientarla nello spazio e nel tempo



- può essere utile tenere presente che, talvolta, affrontare il soggetto in più persone contemporaneamente è sconsigliabile, perché questo può aumentare l'agitazione e indurre risposte di tipo difensivo e aggressive.

## *2.3 DELIRI E ALLUCINAZIONI*

### *2.3.1 CHE COSA SONO I DELIRI E COSA COMPORTANO?*

Si tratta di un disturbo che può presentarsi in seguito a fenomeni di errata percezione. La persona appare convinta di qualcosa che non esiste e crede che cose non vere stiano realmente accadendo. A volte i deliri possono associarsi anche a fenomeni allucinatori: la persona crede di sentire voci o vedere persone inesistenti, costruendo poi, sulle base di queste errate percezioni, storie, pensieri, frasi e discorsi non attinenti con la realtà.

### *2.3.2 CHE COSA SONO LE ALLUCINAZIONI E PERCHÉ SI MANIFESTANO?*

La persona vede o sente cose che non esistono ed è convinta della loro reale esistenza. Talvolta le allucinazioni possono essere scatenate dalla presenza di stimoli ambientali, soprattutto visivi, che vengono erroneamente percepiti.

### *2.3.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

- non smentire la persona
- mostrare comprensione
- assecondare il delirio o le allucinazioni della persona cercando di riportarla alla realtà con tatto e delicatezza, cercando di assumere un comportamento protettivo e rassicurante
- può essere utile conoscere quali sono le fonti ambientali del disturbo per ridurle o eliminarle
- prestare attenzione a bruschi cambiamenti di ambiente, perché possono innescare questi disturbi.



## 2.4 COMPORAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI

### 2.4.1 COSA SI INTENDE PER COMPORAMENTI ALIMENTARI PARTICOLARI E COSA COMPORANO?

La persona può manifestare diversi comportamenti alimentari particolari. La persona può chiedere continuamente cibo o lamentarsi di non mangiare a sufficienza o di non aver mangiato affatto, anche subito dopo aver concluso il pasto. Può manifestare grande voracità oppure può capitare che rifiuti del tutto di alimentarsi e/o di bere. Altre volte la persona può giocare con il cibo. In alcune situazioni la comparsa di questi comportamenti può essere legata alla presenza di malattie organiche o all'assunzione di alcuni farmaci.

### 2.4.2 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- Quando la persona chiede continuamente cibo, può essere utile:
  - frazionare i pasti principali in spuntini
  - non negare sempre il cibo ogni volta che la persona lo richiede
  - distrarre la persona tenendola impegnata in attività di suo interesse
  - rendere inaccessibile ogni sostanza non commestibile
  - tenere presente che il tempo necessario per mangiare può richiedere molto più tempo rispetto a prima
- Quando la persona rifiuta di mangiare e bere può essere utile:
  - ricercare alimenti e bevande particolarmente graditi
  - sfruttare ogni momento favorevole per far bere o mangiare la persona

## 2.5 LABILITÀ DEL TONO DELL'UMORE

### 2.5.1 COSA SI INTENDE PER LABILITÀ DEL TONO DELL'UMORE E COSA COMPORATA?

Quando è presente labilità del tono dell'umore la persona passa rapidamente dal riso al pianto o alla rabbia e viceversa, in assenza di cause evidenti. Può capitare che la persona reagisca emotivamente in modo non del tutto coerente rispetto alla situazione o allo stimolo che innesca la sua reazione: piange per cose che non dovrebbero generare tristezza, oppure ride eccessivamente per cose che non sono spiritose, o ride in circostanze inopportune.



### **2.5.2 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA**

- assumere un atteggiamento rassicurante e cercare di comprendere se ad innescare quella reazione può essere stato un ricordo riaffiorato in quel momento, oppure se la reazione è di ilarità, può essere utile unirsi al riso della persona senza dare rilievo all'apparente incoerenza della sua reazione
- cercare di distrarre il soggetto, anche introducendo nell'ambiente nuove persone
- ricordare che non sempre gli interventi di chi si prende cura della persona, anche se corretti, producono un risultato. Pertanto, a volte, è importante lasciare che il disturbo si esaurisca da solo.

## **2.6 DEPRESSIONE**

### **2.6.1 COME SI MANIFESTA?**

Quando sono presenti sintomi di tipo depressivo il soggetto può apparire malinconica, triste e manifestare frequenti episodi di pianto. Questi aspetti sono frequenti quando la persona rileva le proprie difficoltà e percepisce un impoverimento delle proprie capacità.

La manifestazione dei sintomi depressivi può presentarsi attraverso lamentele per la presenza di dolori diffusi o per la presenza di difficoltà nel dormire. In alcune situazioni si può osservare perdita di appetito, talvolta associato a calo ponderale, la persona può apparire spesso stanca e affaticata. In alcuni casi la persona può mostrare una maggiore irritabilità e la tendenza ad innervosirsi facilmente.

### **2.6.2 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA**

- stimolare la persona a svolgere delle attività di suo interesse e che è ancora in grado di svolgere in modo adeguato per gratificarla e farle percepire un senso di autoefficacia
- fornire dei rinforzi positivi quando svolge un'attività o un compito per sostenere la sua autostima



### 3. MODALITÀ DI ACCESSO E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

La valutazione neuropsicologica viene effettuata dal neuropsicologo che successivamente, sulla base di quanto rilevato, pianifica l'eventuale trattamento riabilitativo. La presa in carico del paziente con deficit cognitivi è multidisciplinare e coinvolge diverse figure professionali all'interno del Progetto Riabilitativo Individuale formulato dal Medico Fisiatra per una presa in carico globale, sia in regime di ricovero che ambulatoriale.

Il reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa accoglie prevalentemente pazienti provenienti da reparti per acuti (Neurologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Medicina Interna, Geriatria, Chirurgia Vascolare...) di questa o di altre strutture ospedaliere, previa richiesta del Medico Specialista a mezzo di compilazione e invio di apposito modulo.

Il nostro reparto accoglie inoltre pazienti provenienti da domicilio, affetti da gravi disabilità, non suscettibili di trattamento in regime ambulatoriale, previa segnalazione da parte di Fisiatra del Servizio Ambulatoriale o del Servizio Territoriale, tramite compilazione e invio di apposito modulo.

L'accesso Servizio Ambulatoriale per le visite mediche avviene secondo le seguenti modalità:

- Visita Fisiatrica, in convenzione con il S.S.N., con impegnativa del MMG o di altro Specialista. L'accesso avviene secondo modalità e priorità normate da indicazioni della Regione Veneto.
- Visita Fisiatrica in regime libero professionale su richiesta del paziente.

#### Accesso al Servizio

Il Servizio per gli utenti esterni è accessibile previa prenotazione presso l'ufficio Accettazione di questa struttura (tel. 0422 4281, Opzione 1 e poi 2) o attraverso il C.U.P. dell' U.L.S.S. 9 (tel. 0422 322 693).

L'accesso in regime di libera professione avviene previa prenotazione presso l'ufficio Prenotazioni Private di questa struttura (tel. 0422 4281, Opzione 1 e poi 1).



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Amodio D.M. & Frith C.D., *Meeting of minds: The medial frontal cortex and social cognition. Nature reviews: Neuroscience* 7, pp. 268-277, 2006.
2. Berlucchi G., *Brain plasticity and cognitive neurorehabilitation. Neuropsychological Rehabilitation*, 1, pp.1-19, 2011.
3. Berti A., *Neuropsicologia della coscienza. Torino, Bollati Boringhieri, 2010.*
4. Bisiacchi P.S., & Vallesi A., *Il cervello al lavoro. Nuove prospettive in neuropsicologia. Ed. il Mulino, 2017.*
5. Blundo C. *Neuroscienze cliniche del comportamento. Elsevier, 2012.*
6. Bowen A., Hazelton c., Pollock a., Lincoln N.B., *Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, n. CD003586, 2013.
7. Cantagallo A., Spitoni G., Antonucci G., *Le funzioni esecutive. Valutazione e riabilitazione. Carrocci, 2010.*
8. Deardorff W. J., Grossberg G.T., Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Handbook of Clinical Neurology: Volume 165*, pp 5-32, 2019.
9. Denes G.-Pizzamiglio L. *Manuale di neuropsicologia. Zanichelli, 2016.*
10. Gazzaniga M.S., Ivry R.B., Mangun G.R., *Neuroscienze cognitive. Zanichelli, 2015.*
11. Grossi D., Trojano L., *Neuropsicologia dei lobi frontali. Sindromi disesecutive e disturbi del comportamento. Il Mulino, 2013.*
12. Mazzucchi A., *La riabilitazione neuropsicologica. Elsevier, 2012.*
13. Mondini S., Mapelli D., Arcara G. *Semeiotica e diagnosi neuropsicologica. Metodologia per la valutazione. Carrocci, 2016.*
14. Papagno C., Bolognini N., *Neuropsicologia delle demenze. Il Mulino, 2020.*
15. Regione Emilia-Romagna “Non so cosa avrei fatto oggi senza di te”. *Manuale per i familiari delle persone con demenza. 2013*  
<https://www.sociale.regione.emilia-romagna.it>.
16. Rost N.S., Brodtmann A., Pase M.P, Van Veluw S.J, Biffi A., Duering M., Hinman J.D., Dichgans M., *Post-Stroke Cognitive Impairment and Dementia. Circulation Research. 130:1252–1271, 2022.*
17. Vallar, G., & Papagno, C. *Manuale di Neuropsicologia. Il Mulino, 2018.*



