

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



TREVISO

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Direttore Dott. Andrea Beltramin



OPUSCOLO INFORMATIVO DEFICIT COGNITIVI **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.

Questo lavoro è frutto dell'esperienza maturata in anni di attività nel campo della Medicina Riabilitativa da parte in primis della Neuropsicologa Cinzia Favero 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

Matrice delle edizioni
Prima edizione Gennaio 2020
Seconda edizione Agosto 2024



INDICE

1. CHE COSA SONO LE FUNZIONI COGNITIVE?

1.1 VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

2. FUNZIONI COGNITIVE E TIPOLOGIA DI DEFICIT

2.1 LINGUAGGIO

- 2.1.1 *CHE COS'E' IL LINGUAGGIO?*
- 2.1.2 *CHE COMPORTA UN DEFICIT DI LINGUAGGIO?*
- 2.1.3 *COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

2.2 ATTENZIONE

- 2.2.1 *CHE COS'È L'ATTENZIONE?*
- 2.2.2 *COSA COMPORTA UN DEFICIT DELL'ATTENZIONE?*
- 2.2.3 *COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

2.3 NEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE

- 2.3.1 *CHE COS'È LA NEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE?*
- 2.3.2 *COSA COMPORTA LA NEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE?*
- 2.3.3 *COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

2.4 MEMORIA

- 2.4.1 *CHE COS'E' LA MEMORIA?*
- 2.4.2 *COSA COMPORTA UN DEFICIT DI MEMORIA?*
- 2.4.3 *COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

2.5 PRASSIE

- 2.5.1 *COS'E' LA PRASSIA?*
- 2.5.2 *COSA COMPORTA UN DEFICIT DELLE CAPACITÀ PRASSICHE?*
- 2.5.3 *COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

2.6 FUNZIONI ESECUTIVE

- 2.6.1 *CHE COSA SONO LE FUNZIONI ESECUTIVE?*
- 2.6.2 *COSA COMPORTA UN DANNO A CARICO DELLE FUNZIONI ESECUTIVE?*
- 2.6.2.1 *FUNZIONI ESECUTIVE E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO*
- 2.6.3 *COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

2.7 PENSIERO ASTRATTO

- 2.7.1 *COS'E' IL PENSIERO ASTRATTO?*
- 2.7.2 *COSA COMPORTA UN DEFICIT A CARICO DEL PENSIERO ASTRATTO?*
- 2.7.3 *COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA*

2.8 DISTURBI DELLA CONSAPEVOLEZZA

- 2.8.1 *CHE COS'È LA CONSAPEVOLEZZA?*



2.8.2 COSA COMPORTA UN DISTURBO DELLA CONSAPEVOLEZZA?

2.8.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

2.9 PERCEZIONE

2.9.1 COS'E' LA PERCEZIONE?

2.9.2 COSA COMPORTA UN DEFICIT A CARICO DELLA PERCEZIONE?

1. DISORDINI DI CAMPO VISIVO

2. AGNOSIE

2.9.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

2.10 CAPACITÀ DI CALCOLO

2.10.1 COSA SONO LE CAPACITÀ DI CALCOLO?

2.10.2 COSA COMPORTA L'ACALCULIA?

2.10.3 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 improvviso, 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 e recupero 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. CHE COSA SONO LE FUNZIONI COGNITIVE?

Il cervello umano controlla tutte le funzioni del nostro organismo: i movimenti, le azioni volontarie, ma anche le funzioni involontarie, quali la respirazione, il mantenimento della temperatura corporea e della pressione sanguigna, il battito cardiaco, i movimenti oculari e la deglutizione. È inoltre alla base delle nostre emozioni e di tutte le funzioni cognitive.



Le funzioni cognitive comprendono tutti i processi attraverso i quali un individuo percepisce, registra, mantiene, recupera, manipola, usa ed esprime informazioni e sono coinvolte in qualsiasi compito affrontiamo, dal più semplice al più complesso. Queste funzioni rappresentano la capacità di dare risposte adeguate e farsi capire con le parole o le azioni, la capacità di orientarsi nello spazio e nel tempo, di imparare, di pianificare e di eseguire gesti complessi, la capacità di riconoscere e comprendere le informazioni provenienti dal mondo esterno, di elaborare pensieri astratti e di valutare in modo adeguato le situazioni. Le funzioni cognitive sono le funzioni della mente e rappresentano in generale tutte quelle capacità che ci consentono una vita di relazione con gli altri e con il mondo esterno.

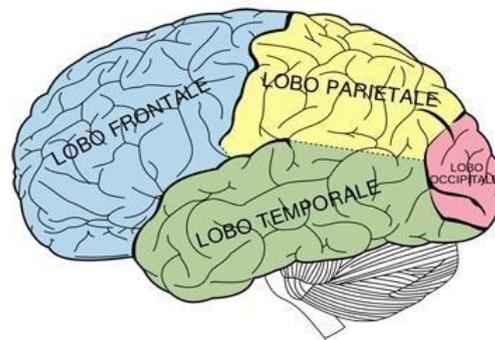
Ogni semplice azione della vita quotidiana coinvolge diverse abilità cognitive.

Danni organici cerebrali, di diversa eziologia, possono causare deficit motori, sensitivi e cognitivi di varia gravità; questi ultimi, anche in assenza di disturbi del movimento, possono impedire una vita autonoma sia per quanto riguarda le più semplici attività della vita quotidiana sia per le più complesse attività sociali e di relazione.



Sebbene il danno neurologico sia la principale causa del disordine cognitivo, anche altre condizioni mediche possono avere un impatto sul sistema nervoso centrale e generare difficoltà cognitive specifiche.

Un danno organico cerebrale può riguardare aree molto circoscritte o più vaste, e dal momento che ogni abilità cognitiva può coinvolgere una specifica area del cervello oppure essere il frutto di una rete di connessioni fra diverse aree cerebrali, i disturbi che ne originano, di conseguenza, possono avere ricadute su singole funzioni cognitive specifiche o su più funzioni.



I deficit cognitivi consistono in una qualunque alterazione del normale funzionamento cognitivo.

1.1 VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

La valutazione neuropsicologica consiste nell'esame dei deficit a carico dei processi cognitivi e delle annesse implicazioni di tipo psicologico, affettivo e di personalità conseguenti a danni cerebrali causati da eventi patologici.

L'assunto che sottende questa tipologia di intervento è che i processi cognitivi sono correlati con il funzionamento di specifiche strutture cerebrali, il cui danno può generare disturbi della sfera cognitiva. Tali disturbi producono un effetto a livello comportamentale determinando i presupposti per poter effettuare una stima del deficit a livello cognitivo, attraverso l'uso di appositi strumenti di valutazione: validati test Neuropsicologici.

Questo tipo di valutazione fornisce informazioni sulle capacità cognitive, il comportamento, le abilità apprese e il potenziale riabilitativo delle persone che hanno subito una lesione cerebrale. Solo avendo un quadro completo del funzionamento cognitivo si potrà programmare un intervento di riabilitazione neuropsicologica mirato ed individualizzato.

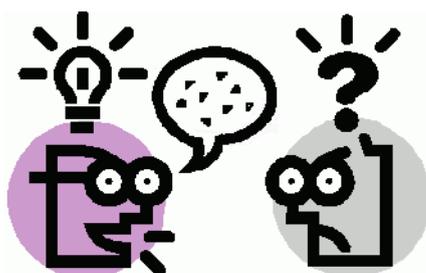
2. FUNZIONI COGNITIVE E TIPOLOGIA DI DEFICIT

2.1

LINGUAGGIO

2.1.1 CHE COS'E' IL LINGUAGGIO?

Il linguaggio è la capacità di usare e riconoscere, con lo scopo di comunicare verbalmente e/o per iscritto, un certo numero di segni condivisi da più persone, e di selezionarli e organizzarli in maniera appropriata, in modo da renderli messaggi. Il linguaggio rappresenta un'importante funzione espressiva, permette alla persona di esternare stati d'animo, sentimenti, emozioni, sia intenzionalmente che involontariamente, presiede alla formazione dei concetti e quindi dei ragionamenti che permettono di riflettere sulla realtà, sulle modalità di risoluzione dei problemi e sui sentimenti.



2.1.2 CHE COSA COMPORTA UN DEFICIT DI LINGUAGGIO?

Un'alterazione del linguaggio prende il nome di AFASIA. Per una trattazione più dettagliata su che cosa comporti un deficit di linguaggio si rimanda all'opuscolo informativo sull'afasia.

2.1.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

Per una trattazione più dettagliata su cosa sia opportuno fare nell'approcciarsi ad una persona afasica si rimanda all'opuscolo informativo sull'afasia.



2.2 ATTENZIONE

2.2.1 CHE COS'È L'ATTENZIONE?

L'attenzione è un'importante funzione di filtro tra le migliaia di stimoli che, in ogni momento della nostra vita e contemporaneamente, bombardano i nostri organi di senso. Ad esempio, mentre me ne sto seduto a tavola in famiglia, colgo con lo sguardo molte delle cose che sono presenti nell'ambiente davanti e vicino a me, sento gli odori, avverto i rumori, il gusto di ciò che sto mangiando, l'appetito che ho, lo spessore della posata che tengo in mano, la posizione del mio corpo nello spazio. Tutti questi stimoli, e molti altri, che ricevo contemporaneamente non mi impediscono di seguire la conversazione che si sta svolgendo durante il pasto. Dunque, la funzione che mi consente di lasciare in secondo piano la maggior parte degli stimoli che ricevo per concentrarmi soltanto sul dialogo è proprio l'attenzione.

2.2.2 COSA COMPORTA UN DEFICIT DELL'ATTENZIONE?

Un deficit a carico dell'attenzione ne modifica l'efficienza producendo alcune importanti conseguenze: diventa sempre più difficile per la persona prestare attenzione particolare ad uno stimolo o più stimoli, perché la funzione di filtro fra gli stimoli subisce un significativo deterioramento. Infatti la persona viene continuamente distratta cioè disturbata dalla presenza di più stimoli presenti contemporaneamente. Naturalmente tutto ciò in alcuni casi potrebbe non verificarsi improvvisamente ma comparire gradatamente nel tempo, è facile attribuire alla stanchezza questi problemi ma la loro continuità ed il loro accentuarsi devono essere valutati attentamente.



2.2.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- essere attenti a riconoscere quando un ambiente può diventare troppo complesso per l'attenzione della persona
- evitare di creare confusione
- evitare di chiedere alla persona due prestazioni contemporaneamente



- essere attenti ai compiti che si propongono e si affidano, valutandone il livello di complessità, per evitare di porre la persona di fronte a qualcosa di troppo difficile e quindi ad una frustrazione.

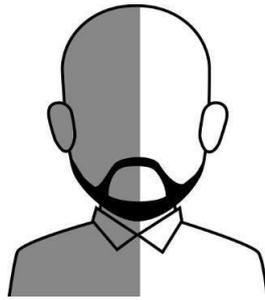
2.3 NEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE

2.3.1 CHE COS'È LA NEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE?

Abbastanza frequentemente una lesione che colpisce il lobo parietale destro causa una difficoltà di attenzione spaziale. La negligenza spaziale unilaterale o *neglect* si manifesta come incapacità da parte del paziente di rivolgere automaticamente l'attenzione verso sinistra.

2.3.2 CHE COSA COMPORTA LA NEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE?

La persona non riesce a prestare attenzione a tutto ciò che si trova nella metà sinistra dello spazio, nei casi più gravi la persona non è più consapevole dell'esistenza dello spazio di sinistra. Si tratta di un disturbo che può riguardare lo spazio extrapersonale, ovvero tutto ciò che si trova nella metà sinistra dello spazio, oppure quello personale riferito alla parte sinistra del proprio corpo. O ancora quello peripersonale, inteso lo spazio incluso nel raggio d'azione del proprio braccio. I pazienti con neglect possono omettere di leggere la parte sinistra di un giornale o di un libro, o di mangiare ciò che si trova nella parte sinistra del piatto, o di radersi la parte sinistra del volto. In presenza di questo disturbo, se alla persona viene chiesto che cosa ci sia nella stanza, questa elencherà solo le cose presenti a destra. Pazienti con questo disturbo presentano difficoltà nel disancorare l'attenzione dagli oggetti presenti nello spazio di destra, senza esserne consapevoli, questo è un deficit che soprattutto in fase iniziale, ma a volte anche successivamente, i pazienti non riconoscono di avere, perché si associa ad un disturbo di consapevolezza, chiamato ANOSOGNOSIA. Frequentemente questi pazienti hanno lo sguardo ma anche la testa rivolte verso destra. Il neglect può comportare sia un difetto di tipo percettivo che di solito coinvolge tutte le modalità sensoriali (l'informazione visiva, acustica, tattile, e anche olfattiva), sia un difetto di tipo motorio, che si manifesta quando l'arto non è paralizzato, come incapacità nell'organizzare risposte con l'arto di sinistra o nell'utilizzare l'arto sano (quindi il dx) nello spazio di sinistra.



2.3.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- assicurarsi di aver catturato l'attenzione del paziente prima di dare o chiedere informazioni
- fornire alla persona tutte le informazioni necessarie perché possa divenire più consapevole del fatto che “non presta attenzione e non esplora la parte sinistra dello spazio” e possa mettere in atto strategie di compenso
- parlare al paziente ponendosi SEMPRE alla sua sinistra. Non assecondare la direzione verso cui il paziente rivolge lo sguardo, cioè verso destra perché questo può ostacolare il suo processo di recupero
- posizionare a sinistra gli oggetti che il paziente utilizza quotidianamente, in modo tale da favorire l'orientamento del suo sguardo e l'esplorazione visiva verso sinistra

2.4

MEMORIA

2.4.1 CHE COS'E' LA MEMORIA?

E' una funzione molto complessa che ci permette di conservare traccia degli eventi. Esistono vari tipi di memoria grazie ai quali siamo in grado di archiviare episodi della nostra esistenza, così come avvenimenti che riguardano la storia della nostra società e del mondo, significati di parole, programmi per il futuro e ogni sorta di stimoli e informazioni recenti e lontani nel tempo.



2.4.2 COSA COMPORTA UN DEFICIT DI MEMORIA?

Possono esserci difficoltà a ricordare eventi recenti oppure ad immagazzinare nuove informazioni; la persona non riesce a trattenere quasi nulla di quanto gli viene detto o chiesto di ricordare. In alcuni casi possono essere conservati meglio i ricordi del passato, ma anche questi possono subire particolari trasformazioni; spesso la persona può anche mescolare i ricordi attribuendo al presente informazioni o avvenimenti che risalgono invece a molti anni prima.

L'amnesia può colpire anche il magazzino del significato di parole e delle associazioni di esse; ciò significa, per esempio, che tutto ciò che concerne la parola "cane" va a poco a poco perduto. Eppure, la parola cane può essere un concetto molto ricco di riferimenti, immagini, ricordi collegati. Più il concetto di "cane" si impoverisce perché l'amnesia ne cancella i riferimenti, più difficile sarà riuscire a raggiungerlo nella memoria.

Anche l'orientamento nel tempo (riconoscere l'ora e associarla ad un preciso momento della giornata) e nello spazio (ricordare percorsi noti o apprendere di nuovi), essendo aspetti della memoria, possono subire alterazioni: la persona può perdersi in ambienti noti o quando esce di casa. Un altro aspetto che può essere compromesso è la difficoltà di progettare qualcosa per il futuro, è come se la persona vivesse in un eterno presente, la prospettiva prossima non ha più senso nella misura in cui non è possibile apprendere nuove informazioni da proiettare in avanti nel tempo.

Tra le forme di memoria quella che si conserva molto più a lungo è la memoria procedurale, in cui vengono conservate alcune procedure che la continua ripetizione negli anni ha reso automatiche. Questa memoria richiede minore attenzione per il recupero della sua traccia mnesica: è quella che a volte produce sorprese notevoli rispetto alle capacità della persona.



2.4.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- essere consapevole che la persona è in grande difficoltà nel relazionarsi con il mondo circostante, sia con gli oggetti e le cose, sia con le persone
- è utile che chi gli sta a fianco lo aiuti, con delicatezza, orientandone e allenandone la memoria
- esistono training specifici di allenamento della memoria e di altre funzioni cognitive per contrastare un declino rapido di tali funzioni

2.5 PRASSIE

2.5.1 COS'E' LA PRASSIA?

La prassiasi riferisce alla capacità di eseguire movimenti fini o sequenze di movimenti e con il termine APRASSIA si indica la perdita di questa capacità. In base al distretto corporeo interessato, l'aprassia viene distinta in tre principali forme:

- aprassia degli arti;
- aprassia del tronco;
- aprassia bucco-facciale.



2.5.2 COSA COMPORTA UN DEFICIT A CARICO DELLE CAPACITÀ PRASSICHE?

La persona diviene progressivamente incapace di rappresentarsi mentalmente la sequenza gestuale che dovrà portarlo al compimento di un atto (apparecchiare la tavola, vestirsi...), può avere una perdita della capacità di utilizzo di oggetti di uso comune. Questi pazienti provano ad es. a tagliare un foglio con le forbici chiuse o

a mangiare la minestra con la forchetta. Tali difficoltà si possono osservare anche nello svolgimento delle normali attività quotidiane. Ci sono pazienti che possono conservare la capacità di utilizzare un singolo oggetto ma fallire nell'utilizzo di oggetti in sequenza (preparare il caffè, accendere una candela con dei fiammiferi). La forma di aprassia più comune è l'aprassia degli arti, per l'importanza di quest'ultimi nell'espressione gestuale. In questa forma si osserva la dissociazione automatico-volontaria, per cui un paziente può essere in grado di eseguire un gesto correttamente in situazioni contestuali (automaticamente), ma fallisce quando gli viene richiesto di eseguire lo stesso gesto intenzionalmente.

2.5.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- è importante assistere la persona nell'esecuzione degli atti di vita quotidiana, eventualmente con suggerimenti verbali, finché non si ottiene un qualche risultato
- la correzione degli errori di esecuzione deve avvenire con tatto
- può essere utile scomporre gesti complessi in gesti semplici. A volte una persona può riuscire a svolgere un compito se lo dividiamo in una serie di azioni minori e le chiediamo di svolgerle una per una. Ad esempio, lavarsi i denti richiede: prendere lo spazzolino, mettere il dentifricio, infilare lo spazzolino in bocca, lavarsi, sciacquarsi, etc., e può essere utile ricordare alla persona ogni singola azione
- porre la persona in condizioni ambientali facilitanti (evitare troppi stimoli): ad esempio in fase di vestizione disporre gli abiti nella sequenza in cui andranno indossati, durante il pasto lasciare solo le cose che realmente è in grado di usare
- può essere utile far vedere alla persona come si esegue un determinato compito, magari ripetendo ogni azione diverse volte
- può essere utile mettere uno strumento familiare, come un cucchiaino o un pettine, nella mano della persona e iniziare delicatamente a muovere il suo braccio nella direzione giusta: a volte, cominciare il movimento può aiutare il cervello a ricordarne l'esecuzione



- modulare le richieste di attività a livello cognitivo non sottoponendo la persona all'esecuzione di compiti impossibili.

2.6 FUNZIONI ESECUTIVE

2.6.1 *CHE COSA SONO LE FUNZIONI ESECUTIVE?*

Le funzioni esecutive sono un complesso sistema di moduli funzionali della mente, che regolano i processi di pianificazione, controllo e coordinazione del sistema cognitivo, governando l'attivazione e la modulazione di schemi e processi cognitivi. Vengono anche definite funzioni frontali in quanto la loro sede a livello cerebrale è rappresentata dal lobo frontale.

Nella quotidianità gli individui utilizzano abitualmente le funzioni esecutive per apprendere nuove azioni, per mettere in atto comportamenti difficili o comportamenti non automatici e consolidati, per pianificare un'azione complessa in vista di un obiettivo seguendo tappe ben precise e per monitorarne l'esecuzione, per passare velocemente da un'attività ad un'altra, per prendere decisioni, risolvere problemi o conflitti e per correggere i propri errori, modificando le strategie messe in atto nella risoluzione di un problema in base alle informazioni che provengono dall'ambiente.



2.6.2 *COSA COMPORTA UN DANNO A CARICO DELLE FUNZIONI ESECUTIVE?*

Quando c'è una compromissione delle funzioni esecutive è possibile osservare i seguenti comportamenti:

- incapacità ad imparare dall'esperienza
- distraibilità e sbadataggine
- difficoltà ad eseguire più compiti contemporaneamente
- noncuranza e disorganizzazione

- difficoltà a controllare le risposte automatiche
- marcata altalenanza nelle prestazioni
- scarsa consapevolezza dei sentimenti altrui e delle convenzioni sociali
- instancabilità e loquacità o viceversa ipoattivazione
- difficoltà nella regolazione delle emozioni
- impazienza e scarsa tolleranza della frustrazione
- difficoltà a passare da un'attività all'altra
- difficoltà nello stabilire priorità e rispettare i tempi
- perdita di cognizione del tempo
- lentezza cronica
- procrastinazione e/o difficoltà ad intraprendere compiti nuovi o impegnativi.

2.6.2.1 FUNZIONI ESECUTIVE E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Numerose patologie neurologiche determinando lesioni frontali generano disturbi del comportamento, variabili, per frequenza, gravità, impatto funzionale ed evoluzione clinica. La varietà delle manifestazioni cliniche può essere legata all'eziologia, alla sede e all'estensione della lesione ma anche alla personalità premorbo del paziente.

I principali disturbi del comportamento sono:

- ❖ **perdita di iniziativa e di spontaneità e povertà di espressioni emozionali**: si tratta di sintomi comportamentali che possono mimare le sindromi psichiatriche.
- ❖ **disturbi della motivazione**:
 1. *apatia*: riduzione dei comportamenti diretti al raggiungimento di un fine e da una riduzione di interessi ed emozioni; i pazienti appaiono indifferenti, meno attivi del solito, sembrano aver perso interesse per le cose, spesso si esprimono con frasi brevi e prive di espressione emozionale, la gestualità appare ridotta e spesso il volto è poco espressivo e ipomimico
 2. *anedonia*: incapacità di provare piacere nelle attività che normalmente dovrebbero procurarne, ossia, incapacità nel desiderare e nel ricercare il contatto con stimoli gratificanti.



❖ **disturbi da disinibizione**: i pazienti “disinibiti” possono conoscere le norme relative alle condotte sociali ma non riescono a rispettarle nella vita di tutti i giorni: “sanno” come devono agire ma non “sentono” il loro agire. Possono manifestare:

1. impulsività motoria e/o cognitiva
2. alterazioni della condotta personale: comportamenti anomali (trascuratezza dell’igiene personale, alimentazione disordinata)
3. iperattività motoria o affaccendamento afinalistico: attività continue ma prive di fine (Ad es: mettersi e togliersi i vestiti, spostare oggetti ripetutamente, fregarsi continuamente le mani)
4. disturbi ossessivo-compulsivi: idee intrusive e persistenti, associate a comportamenti ripetitivi
5. alterazioni della condotta sociale: violazione delle regole sociali e interpersonali, non si tratta in questo caso, di comportamenti del tutto anomali, ma anomali in riferimento al contesto in cui vengono prodotti. Ad esempio logorrea irrefrenabile, che l’interlocutore fatica a contenere, a volte dai contenuti allusivi, o con espliciti riferimenti sessuali, o diversamente, dai contenuti aggressivi e minacciosi. Questi pazienti possono apparire insensibili, poco empatici e incapaci di comprendere le conseguenze del loro comportamento sugli altri.

Questi deficit comportano per la persona l’incapacità di correlare le loro emozioni con gli esiti delle loro azioni; la persona tende ad agire impulsivamente per ottenere gratificazioni immediate oppure non riesce ad inibire un atteggiamento aggressivo, perché incapace di prevederne le conseguenze.

2.6.3 COSA PUO’ FARE CHI SI PRENDE CURA

- **correggere con tatto la persona.** È importante ricordare che un aspetto essenziale dei disordini esecutivi è rappresentata dagli aspetti emotivi e motivazionali che accompagnano le difficoltà di questi pazienti, gli insuccessi vissuti dalle persone possono determinare reazioni emotive negative, ad esempio di rabbia e/o paura e manovre difensive, quali la

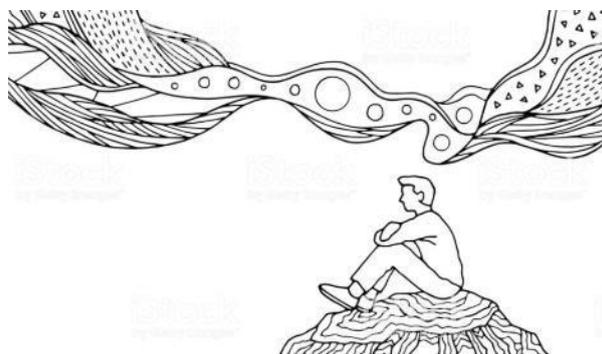
negazione del problema o la messa in atto di decisioni e azioni impulsive

- alzare il livello di tolleranza nei confronti degli errori che la persona commette
- fare attenzione a non porre la persona in situazioni che richiedono stime cognitive che non è più in grado di fare
- quando sono presenti disturbi comportamentali, quali aggressività, disinibizione e discontrollo, è altresì fondamentale cooperare con gli operatori sanitari che hanno in cura il paziente per apprendere e condividere l'utilizzo di tecniche di rinforzo positivo e negativo, COMUNI, che favoriscano l'incremento dei comportamenti adeguati e la disincentivazione di quelli indesiderati. Una buona cooperazione tra gli operatori sanitari e la famiglia permette di creare un contesto di intervento che faciliti la comprensione e la collaborazione da parte del paziente (spesso inconsapevole delle proprie difficoltà) favorendo una maggiore possibilità di generalizzazione delle competenze acquisite nel contesto di un programma riabilitativo al contesto della vita quotidiana.

2.7 PENSIERO ASTRATTO

2.7.1 COS'E' IL PENSIERO ASTRATTO?

Il pensiero astratto è la capacità di usare il pensiero facendo riferimento a categorie non concrete, ma ad ipotesi, a congetture, a ragionamenti complessi.



2.7.2 COSA COMPORTA UN DEFICIT A CARICO DEL PENSIERO ASTRATTO?

Nel momento in cui comincia a perdersi questa capacità, la persona ha sempre più difficoltà a seguire ragionamenti lunghi e astratti e a farne egli stesso.



2.7.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- evitare il più possibile di argomentare con frasi lunghe e non basate su contenuti concreti
- evitare di utilizzare espressioni metaforiche e proverbiali per indicare qualcosa che la persona deve comprendere
- é meglio cercare sempre l'espressione più concreta e diretta possibile

2.8 DISTURBI DELLA CONSAPEVOLEZZA

2.8.1 COS'È LA CONSAPEVOLEZZA?

Con il termine consapevolezza si intende la capacità di essere a conoscenza di ciò che viene percepito e delle proprie risposte comportamentali. Il concetto è spesso sinonimo di coscienza ed è anche inteso come coscienza stessa



2.8.2 COSA COMPORTA UN DISTURBO DELLA CONSAPEVOLEZZA?

Frequentemente lesioni frontali si accompagnano alla mancanza di consapevolezza che un paziente ha dei suoi disturbi (anosognosia). I disturbi della consapevolezza riguardano l'inconsapevolezza sia di sintomi neurologici, sia di deficit neuropsicologici. L'anosognosia oltre che nel neglect è presente nell'afasia fluente, in molte sindromi amnesiche e nelle demenze. In alcuni casi i pazienti hanno consapevolezza dei propri deficit ma li attribuiscono a cause diverse dai danni cerebrali subiti o li generalizzano pensando di poter in breve tempo recuperare le loro normali funzioni.

2.8.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

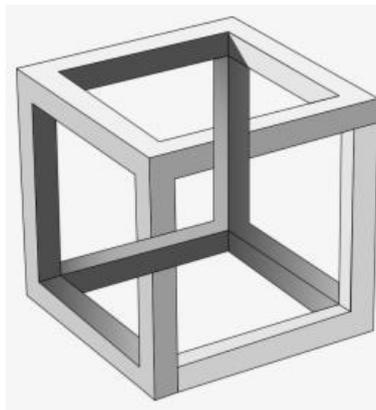
- fornire sistematicamente alla persona tutte le informazioni necessarie perché possa mettere più chiaramente in relazione le proprie difficoltà con la malattia che lo ha colpito

- mettere in luce la discrepanza che c'è tra la percezione che il paziente ha delle proprie difficoltà e la valutazione di altre persone a lui vicine
- nei casi in cui il paziente abbia un grave disturbo della consapevolezza può essere utile mettere il paziente di fronte all'esperienza di concreta difficoltà, confrontando la stima che lui esprime rispetto al suo livello di successo con gli insuccessi nelle prestazioni reali in un dato compito

2.9 PERCEZIONE

2.9.1 COS'E' LA PERCEZIONE?

La percezione è un complesso processo per mezzo del quale riconosciamo, organizziamo e diamo un senso alle sensazioni che derivano dagli stimoli ambientali.



2.9.2 COSA COMPORTA UN DEFICIT A CARICO DELLA PERCEZIONE?

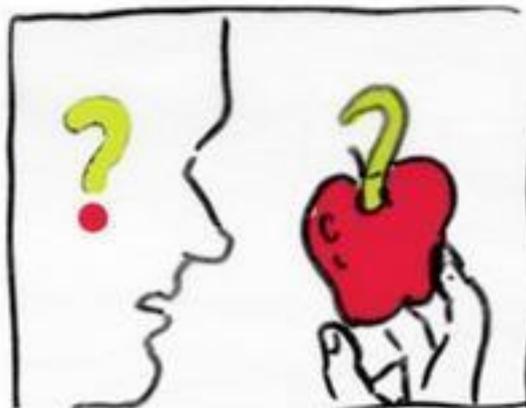
- **DISORDINI DI CAMPO VISIVO:**
 - lesioni prechiasmatiche della retina e del nervo ottico interessano il segnale veicolato da un solo occhio
 - lesioni chiasmatiche interessano un restringimento bilaterale del campo visivo (emianopsia bitemporale)
 - le lesioni postchiasmatiche che interrompono il flusso del segnale proveniente dalla stessa porzione di campo visivo di entrambi gli occhi (emianopsia)
 - Cecità corticale, perdita della visione che riguarda tutto il campo visivo.



Non sempre i pazienti sono consapevoli dei propri deficit di campo visivo, soprattutto nel caso di Negligenza spaziale unilaterale.

▪ **AGNOSIE:**

L'agnosia è la perdita della capacità di interpretare e riconoscere gli stimoli che giungono a noi attraverso gli organi di senso (vista, udito, tatto, gusto, olfatto) e che possono riguardare lo spazio, gli oggetti e le persone oppure provenire dall'interno del corpo (posizione del corpo e il dolore). Il tutto in assenza di deficit dei canali sensoriali stessi. La presenza di malattie organiche risulta peggiorativa del deficit agnosico.



2.9.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- semplificare l'ambiente consentendo l'uso di ciò che si conosce per evitare un effetto confondente
- nel caso in cui la persona non riconosca le proprie difficoltà è negativo ostinarsi a ricondurla "alla ragione" attraverso percorsi logici
- il senso di frustrazione, rabbia e impotenza è molto difficile da gestire, può risultare di aiuto dividerlo con altri familiari durante incontri promossi dalle varie associazioni o con figure specialistiche

2.10 CAPACITÀ DI CALCOLO

2.10.1 COSA SONO LE CAPACITÀ DI CALCOLO?

La capacità di calcolo è saper riconoscere, comprendere e produrre numeri o semplici calcoli aritmetici. L'uso dei soldi, la gestione del nostro tempo, praticare sport, cucinare, sono solo alcune situazioni in cui facciamo ricorso alle abilità numeriche.



2.10.2 COS'E' L'ACALCULIA?

E' un disturbo acquisito corrispondente alla perdita di concetti numerici ed alla incapacità di capire o eseguire operazioni aritmetiche. Questo disturbo può associarsi ad AFASIA ma può presentarsi anche in assenza di deficit linguistici.

2.10.3 COSA PUO' FARE CHI SI PRENDE CURA

- un deficit di calcolo può avere un certo impatto nella vita di tutti i giorni e nelle autonomie quotidiane, la persona può avere difficoltà a gestire le proprie finanze e fare stima di spesa, per questo va sostenuta e aiutata
- la persona può avere difficoltà a misurare il tempo che passa o la velocità degli oggetti in movimento

Oggi la persona con acalculia può essere aiutata con strategie di supporto, attraverso interventi educativi e nell'utilizzo di strumenti compensativi.



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. 2 (tel. 0422 210701).

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. Aigbogun, M. S., Stellhorn, R., Krasa, H., Kostic, D. (2017). *Severity of memory impairment in the elderly: Association with health care resource use and functional limitations in the United States*. *Alzheimer's & Dementia*, 8, 51–59
2. Amodio D.M. & Frith C.D., *Meeting of minds: The medial frontal cortex and social cognition*. *Nature reviews: Neuroscience* 7, pp. 268-277, 2006.
3. Blundo C. *Neuroscienze cliniche del comportamento*. Elsevier 2012
4. 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.
5. Cantagallo A., Spitoni G., Antonucci G., *Le funzioni esecutive. Valutazione e riabilitazione*. Carrocci 2010
6. Cherbuin, N., Kim, S., Anstey, K. J. (2015). *Dementia risk estimates associated with measures of depression: A systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open*, 5(12), Article e008853
7. Denes G.-Pizzamiglio L. *Manuale di neuropsicologia*. Zanichelli 2016
8. Duy Do, Jason Schnittker, *Utilization of Medications With Cognitive Impairment Side Effects and the Implications for Older Adults' Cognitive Function*. *J of Aging and Health*, January 6, 2020
9. Grossi D., Trojano L., *Neuropsicologia dei lobi frontali. Sindromi disesecutive e disturbi del comportamento*. Il Mulino 2013
10. Inouye, S. K., Charpentier, P. A. (1996). *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons*. *Journal of the American Medical Association*, 275, 852–857.
11. Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., et al. (2017). *Dementia prevention, intervention, and care*. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734
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. Seeher, K., Low, L.-F., Reppermund, S., Brodaty, H. (2013). *Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: A systematic literature review*. *Alzheimer's & Dementia*, 9(3), 346–355
15. U.S. Preventive Services Task Force . (2015). *Screening for cognitive impairment in older adults: Recommendation statement*.
16. 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>
17. Vallar G., & Papagno C., *Manuale di Neuropsicologia*. Ed. Il Mulino 2018
18. Zaninotto, P., Batty, G. D., Allerhand, M., Deary, I. J. (2018). *Cognitive function trajectories and their determinants in older people: 8 years of follow-up in the English longitudinal study of ageing*. *Journal of Epidemiology Community Health*, 72(8), 685–694

