



**Dott. Biagio Ciccone**  
NEUROFISIOPATOLOGO

Neurofisiopatologia (E.M.G., E.E.G, Pot. Evocati)

Neurologia



# La demenza: un viaggio informativo per chi ne soffre e per chi se ne prende cura

*definizione, classificazione, patogenesi, diagnosi, spunti di terapia e approccio al paziente*

**Si riceve per appuntamento**

C.so Europa, 32 - 80039 Saviano (Na)

**Prenotazioni: 334 730 30 62**

info@biagiociccone.it  
www.biagiociccone.it

**📍** DottorBiagioCiccone

*Per curare a volte, per alleviare spesso,  
per confortare sempre!*

*to cure sometimes, to relieve often, to comfort always*

*(Edward Livingston Trudeau USA 1848-1915)*



**La demenza:**

**un viaggio informativo per chi ne soffre  
e per chi se ne prende cura**

*definizione, classificazione, patogenesi, diagnosi,  
spunti di terapia e approccio al paziente*

**a cura di Biagio CICCONE, M.D., Neurofisiopatologo**

*Dicembre, 2024*

## **Perché?**

Questo opuscolo nasce da TRE esigenze pressanti poste dai miei pazienti e dai loro familiari:

*Dottore mi dimentico!*

*Dottore come faccio?*

*Dottore cosa è la demenza?*

La prima esigenza è aver constatato quanto già i dati internazionali ci raccontano e cioè nel mio ambulatorio negli ultimi anni è notevolmente aumentata la richiesta di consulenze per disturbi della memoria e cognitivi. ***Dottore mi dimentico!***

La seconda esigenza è la richiesta da parte dei familiari di soggetti affetti da demenza di un consiglio su come comportarsi rispetto alla relazione con questo tipo di malato, come affrontare una malattia che sconvolge il vivere quotidiano di chi ne è affetto e di chi deve prendersene cura. Spesso sono proprio i familiari che necessitano di una vera attenta gestione e collaborazione al fine della giusta cura del paziente. ***Dottore come faccio?***

La terza esigenza è cercare di esporre in modo semplice e accessibile a tutti le notizie scientificamente corrette sulla DEMENZA, dalla definizione, al percorso diagnostico e alle attuali terapie. ***Dottore cosa è la demenza?***

Il tutto cercando di non dimenticare mai la centralità del malato, di chi era e di chi oggi è, sostenendo chi se ne prende cura, cercando appunto almeno di alleviare attraverso la cura e quindi infondere conforto.

Un grazie particolare a tutti i miei pazienti che mi educano ogni giorno ad essere un medico migliore! Buona vita!

Saviano, Dicembre 2024

**La conoscenza è un viaggio della curiosità fatto nel mondo della scienza. Amo viaggiare! (Biagio CICCONE)**

## **1. Cosa è la DEMENZA?**

La demenza è una **sindrome clinica**, caratterizzata da perdita di più **funzioni cognitive**, tra cui maggiormente la **memoria**, di entità tale da interferire con le usuali attività **sociali e lavorative** del paziente.

## **2. Quali sono le funzioni cognitive?**

Linguaggio, comprensione, memoria e apprendimento, concentrazione e attenzione, orientamento, capacità di lettura e scrittura, calcolo, giudizio, pensiero astratto, programmazione, organizzazione ed inibizione del comportamento, movimento volontario, elaborazione visiva, consapevolezza. Sono capacità complesse risultanti di processi che possono essere comuni a diverse funzioni cognitive.

## **3. Quali sono altri sintomi?**

Oltre ai sintomi cognitivi sono presenti sintomi non cognitivi, che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento.

## **4. Quanti tipi di demenza ci sono?**

Due grossi gruppi. Del primo gruppo fanno parte le demenze di tipo vascolare e le demenze a carattere neurodegenerativo. Del secondo gruppo fanno parte le forme di demenza trattabili.

Le demenze su base **vascolare** sono quelle dovute a cause circolatorie cerebrali come ictus trombotico e emorragia cerebrale.

Le demenze su base **neurodegenerativa**, dette così perché sono caratterizzate da un progressivo impauverimento e dalla morte dei neuroni di aree specifiche della corteccia cerebrale, le più

note sono la Malattia di Alzheimer e la demenza Fronto-Temporale.

Infine le demenze trattabili o secondarie sono quelle dovute ad altre cause come tumori cerebrali, traumi cranici, intossicazioni da metalli pesanti o secondarie a malattie infettive batteriche o virali.

## 5. Quali sono le cause di demenza neurodegenerativa? E' ereditaria?

Le ricerche degli ultimi anni hanno evidenziato che le demenze di **natura neurodegenerativa** condividono meccanismi comuni di accumulo proteico intra od extraneuronale con conseguente danno a carico del sistema nervoso centrale. L'accumulo di proteine patologiche inizia nelle diverse forme di demenza in specifiche regioni cerebrali e si diffonde nel cervello attraverso vie anatomiche e funzionali. Le diverse patologie neurodegenerative si possono differenziare dalle specifiche proteine che si accumulano a livello cerebrale. La malattia di Alzheimer viene definita ad esempio dalla compresenza di accumuli **extraneuronali di proteina amiloide ed intraneuronali di tau**.

**Solo 1% di malati di Alzheimer è a trasmissione genetica diretta.** Il gene più associato dopo i 65 anni è l'apolipoproteina E in particolare **APOE epsilon 4**. Si pensa che ciò che vira dall'invecchiamento fisiologico ad un deterioramento cognitivo patologico, sia la capacità di **resilienza del cervello**. Quindi in un processo lungo diversi anni gioca un ruolo non modificabile certamente il fattore genetico, ma in minima parte, **in grossa parte giocano un ruolo determinante le abitudini del soggetto (alimentazione, attività fisica, socialità), condizioni psicologiche (solitudine, lutto, depressione, ecc)**

## 6. E quali sono le cause di demenza vascolare?

Nelle demenze su base **VASCOLARE**, i quadri possono essere molto eterogenei; in generale, è caratterizzata da deficit di perfusione e metabolismo asimmetrici che coinvolgono, spesso, sia

la corteccia cerebrale che le strutture profonde. Più frequentemente sono coinvolte la corteccia frontale e la corteccia temporale. **La relazione tra demenza e malattia cerebrovascolare non è ancora completamente nota.** La demenza vascolare può essere suddivisa in due gruppi principali: la **demenza multifartuale (MID: multi infarct demenza) che coinvolge i grossi vasi ed è caratterizzata da multipli ed estesi infarti.** La demenza associata ad interessamento diffuso della sostanza bianca (**demenza da arteriolosclerosi o malattia di Binswanger**) che coinvolge la microcircolazione e si presenta come malattia della sostanza bianca dovuta alla patologia delle arterie cerebrali penetranti.

## 7. Come si fa diagnosi di demenza?

La diagnosi è un atto medico, che spetta al medico specialista!  
La diagnosi non è un atto semplice!

Richiede competenza e tempo. Richiede collaborazione del paziente e dei familiari. Richiede l'attenta valutazione del caso specifico. E' fatta da un insieme di procedure diagnostiche:

il colloquio clinico/neurologico, la valutazione neuropsicologica, gli esami neuroradiologici e di medicina nucleare, i biomarcatori. L'approccio clinico al paziente con decadimento cognitivo è basato su una valutazione a più stadi. Il primo obiettivo è determinare se esiste un deterioramento cognitivo e se questo rispetta i criteri per la demenza. Se è identificata una sindrome dementigena, il secondo passo consiste nella valutazione necessaria a determinare la causa ed il tipo di demenza.

### *Criteri diagnostici*

**1 sintomi cognitivi e comportamentali** (neuropsichiatrici) **interferiscono** con l'abilità di svolgere il lavoro e le normali attività; rappresentano un **declino** rispetto ai precedenti livelli di funzionamento e prestazione;

2. il deficit cognitivo è dimostrato e diagnosticato attraverso la combinazione di :

a. **informazioni raccolte** dal paziente e da persone che lo conoscono (familiari e/o caregiver);

b. una valutazione oggettiva delle prestazioni cognitive, sia attraverso una valutazione clinica dello stato mentale, che attraverso una **valutazione neuropsicologica testistica standardizzata e corretta**;

3. il deficit cognitivo o le alterazioni comportamentali coinvolgono **almeno due dei seguenti domini**:

a. compromessa abilità di acquisire e **ricordare** nuove informazioni: domande o discorsi ripetitivi, smarrire oggetti personali, dimenticare eventi o appuntamenti, perdersi in itinerari conosciuti;

b. deficit nel ragionamento o nello svolgimento di **compiti complessi**, ridotta capacità di **giudizio**: scarsa capacità di comprendere i pericoli, incapacità di **gestire** le finanze, scarsa capacità di prendere decisioni, incapacità di pianificare attività complesse o sequenziali;

c. compromissione delle **abilità visuo-spaziali**: incapacità a riconoscere volti o oggetti comuni, non trovare oggetti in vista nonostante buona acuità visiva, incapacità ad utilizzare semplici utensili o indossare vestiti;

d. **alterazione del linguaggio**: difficoltà a pensare a semplici parole quando si parla, esitazioni, errori di scrittura, di ortografia e nel parlare;

e. **modificazione nella personalità**, nel comportamento e nella condotta: fluttuazioni insolite dell'umore con agitazione, compromissione della motivazione, dell'iniziativa, apatia, ritiro sociale, perdita di empatia, comportamenti compulsivi o ossessivi, comportamenti socialmente inappropriati

La diagnosi di demenza resta quindi essenzialmente **clinica**, nella quale grande importanza assumono:

- una attenta raccolta della **storia**
- un corretto colloquio e l'esame obiettivo;
- gli esami strumentali consentono di supportare la diagnosi clinica

## 8. La malattia di ALZHEIMER

E' la forma più comune di demenza, rappresenta il 50% del totale. In Italia ne soffrono circa seicentomila persone, prevalentemente donne, la tendenza per i prossimi anni è verso un aumento notevole di casi. E' una forma di demenza primaria, neurodegenerativa, progressiva, cronica e irreversibile. Non si muore con essa, ma per le sue eventuali complicanze. Attualmente non ci sono cure farmacologiche efficaci. Il sintomo principale è caratterizzato da disturbi della memoria recente, che arrivano a compromettere le attività quotidiane. Questa demenza può iniziare anche venti anni prima dei sintomi e quindi della diagnosi.

## 9. La Demenza FRONTO-TEMPORALE

In questa forma di demenza la presentazione clinica più comune è data dalla comparsa di alterazioni del **comportamento** quali apatia, depressione, irritabilità, aggressività, disinibizione, ipersessualità, spesso associate a deficit neuropsicologici a carico delle funzioni esecutive. Un'altra forma clinicamente distinta si presenta inizialmente con un deficit selettivo a carico del **linguaggio** configurando un quadro detto di afasia progressiva primaria (PPA). Pazienti con malattia frontotemporale possono presentare **parkinsonismo** ed altri sintomi neurologici dando luogo a forme miste con la sindrome **cortico-basale (CBS)** e la paralisi **supranucleare progressiva (PSP)**

## 10. La Demenza Vascolare

E' una forma secondaria ad un danno vascolare su base ischemica, emorragica o ipossica e costituisce il 15-20% di tutte le forme di demenza. Principali Fattori di rischio sono: età avanzata, ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemie, pregressi eventi

cerebro-vascolari, patologie cardiache, iperomocisteinemia, fumo, alcool, sedentarietà. Va tenuto conto che nella patogenesi delle Demenze i meccanismi neurodegenerativi sono spesso associati a quelli vascolari (Demenza mista: Alzheimer + Demenza su base vascolare )

## 11. La demenza si può prevenire?

Circa 1/3 dei casi di demenza può essere attribuibile a **fattori di rischio potenzialmente modificabili**

e l'incidenza della patologia può essere ridotta tramite: la **riduzione della prevalenza dei fattori di rischio vascolari** quali l'ipertensione, il diabete, l'obesità, l'inattività fisica, il fumo. Inoltre una vita intellettualmente attiva , con una visione positiva, una buona e sana rete di relazioni personali e sociali, con interessi culturali e manuali, oltre che volontariato e/o associazionismo, possono prevenire l'invecchiamento passivo trasformandolo in attivo e prevenire in parte la neurodegenerazione.

## 12. La demenza NEURODEGENERATIVA si può curare?

Nonostante i plurimi sforzi della ricerca internazionale, **non esistono al momento terapie efficaci** che rallentino il processo alla base della malattia di Alzheimer. Nella routine clinica i farmaci a disposizione sono gli **inibitori dell'acetilcolinesterasi** (quali **donepezil, rivastigmina e galantamina**), che mirano ad incrementare a livello del sistema nervoso centrale i livelli di **acetilcolina, neurotrasmettitore notoriamente deficitario** nei pazienti affetti da malattia di Alzheimer e responsabile almeno in parte dei deficit mnesici. Numerosi studi hanno evidenziato una efficacia sintomatica di tali terapie soprattutto nelle fasi iniziali della malattia; **negli stadi avanzati la loro utilità clinica non è attualmente comprovata.**

Anche la **memantina**, un farmaco con un'azione **anti-glutamatergica** si è dimostrato efficace per il trattamento sintomatico

delle **fasi iniziali e potenzialmente per le fasi intermedie** più avanzate di malattia, sia in monoterapia che in associazione con inibitori dell'acetilcolinesterasi. Nelle fasi avanzate spesso vengono utilizzati **antipsicotici** per il controllo dei disturbi comportamentali.

Mentre scriviamo sono autorizzati in commercio anche farmaci di ultima generazione come gli anticorpi monoclonali (**aducanumab e lecanemab**), che agiscono a livello centrale riducendo o inibendo l'accumulo della beta amiloide e proteina tau, la loro efficacia, in rapporto anche ai potenziali effetti collaterali è ancora in corso di definizione.

Il rischio-beneficio di tali terapie deve essere valutato per ogni singolo paziente.

### **13.E la terapia “fisica/riabilitativa/MOTORIA” fa bene? Ci sono altre terapie?**

La risposta è certamente SÌ!

Infatti, si invecchia più velocemente, nel momento in cui si abbandona l'attività fisica. Discorso analogo va applicato anche alla persona anziana malata di Alzheimer o di un'altra forma di demenza. Infatti anche in un corpo aggredito dalla demenza, è utile somministrare le terapie farmacologiche ed un'adeguata attività fisica AEROBICA, limiti permettendo, ovviamente. Entrando nel vivo della questione, per quanto riguarda l'attività motoria, essa è rivolta a soggetti con un grado di patologia medio o lieve. L'attenzione deve essere rivolta alle 4 aree di maggiore interesse: la forza, la resistenza, la mobilità e l'equilibrio. Si possono utilizzare per gli esercizi minime attrezzature, peraltro molto semplici e facilmente reperibili, come bastoni (in alternativa il manico della scopa), palle, nastri elastici (in alternativa un elastico per portapacchi), sedie, piccoli pesi (in alternativa due bottigliette da 1/2 litro di acqua); sono anche utili, avendoli a disposizione, corridoi ampi e scale con corrimano. La seduta di “allenamento” non deve superare i 40/50 minuti, e le sedute possono essere svolte per 2/3 volte la settimana.

Inoltre, oggi oltre a sedute ambulatoriali di terapia

occupazionale, che stimolano le capacità residue dell'individuo affetto da demenza, esistono anche programmi di stimolazione cognitiva dedicati installabili su PC o tablet da sottoporre a domicilio al soggetto malato per stimolarlo quotidianamente nelle sue funzioni cognitive danneggiate.

Nell'ambito della terapia non farmacologica per la demenza di Alzheimer, è stata approvata in Europa ed in America anche la stimolazione con onde d'urto, con risultati molto promettenti, soprattutto se utilizzata in pazienti in fase lieve iniziale di malattia.

#### **14. L'approccio al soggetto con demenza: consigli al caregiver per gestire ed accompagnare il malato**

La comunicazione della diagnosi al paziente è un atto dovuto che viene fatto dal medico (art 33 codice deontologico), tuttavia il paziente ha il diritto di rifiutare la comunicazione della diagnosi e di delegare ed autorizzare un'altra persona di sua fiducia a ciò.

- La demenza è una malattia che coinvolge tutta **la famiglia** sia per l'impegno assistenziale che per gli aspetti emotivi e relazionali.
- La gestione di una persona con malattia di Alzheimer richiede una grande capacità di **adattamento** alle situazioni contingenti e alle nuove esigenze del malato dovute all'inevitabile progressione della patologia.
- Spesso nella famiglia si "sceglie" in modo più o meno esplicito il **"caregiver principale"**, ovvero colui che in prima persona e per un lungo periodo di tempo si prende cura del malato. La designazione di un caregiver principale, da un lato può essere utile per dare un punto di riferimento stabile al malato, ma dall'altro può portare al riacutizzarsi di dinamiche familiari irrisolte. Inoltre, va ricordato che il caregiver principale non deve diventare esclusivo, ma

deve poter concedersi dei momenti per vivere altri ruoli relazionali importanti e per dedicarsi a se stesso e ai propri interessi.

- Un **caregiver insoddisfatto e frustrato** rischia di diventare inefficace e dannoso per il malato stesso. Un familiare privo di soddisfazioni e gratificazioni riduce le sue capacità di empatia, ascolto, calma che sono importantissime nella relazione con il proprio caro.
- Un **malato incompreso** diventa molto più difficile da gestire perché sentendosi frustrato svilupperà più facilmente comportamenti difficili, aumentando lo stress del caregiver.
- In linea generale si possono osservare alcuni semplici accorgimenti che possono facilitare l'approccio al paziente e di conseguenza rendere più semplice anche per lui l'interazione con l'ambiente:
  - a) - Accertarsi sempre dell'integrità di **vista ed udito**, la cui riduzione peggiora ulteriormente la comunicazione. Se possibile ricorrere ad apparecchi acustici e occhiali da vista.
  - b) - **Parlare con parole semplici e chiare, lentamente, guardando il malato negli occhi**. Assicurarsi sempre che il paziente ci stia guardando ed ascoltando, senza altre distrazioni, prima di parlargli.
  - c) - **Utilizzare il contatto fisico** per trasmettere sensazioni positive di protezione ed affetto.
  - d) - **Imparare ad interpretare il linguaggio corporeo del malato** (gesti, tono della voce, espressione del viso) che spesso sostituisce quello verbale; riconoscere i suoi messaggi vi aiuta a comprenderlo, e a farvi comprendere, ponendo voi stessi particolare attenzione al vostro linguaggio corporeo.
  - e) - Mantenere la calma ed **evitare i conflitti**: nei momenti difficili, in cui il paziente manifesta irritabilità o aggressività, non tentare di convincerlo, non sottolineate la sua reazione esagerata, evitate di intraprendere una

discussione; ricordate piuttosto che quel comportamento non dipende dalla volontà del malato, ma è uno dei sintomi della sua malattia; mantenete la calma, rassicuratelo, **sorvolate sul momento la questione**. Anche di fronte ad allucinazioni o deliri, non è utile cercare di riportare il malato alla realtà, anzi questo potrebbe essere peggiorativo. Immaginate che in questo momento qualcuno venga a dirvi che il foglio che state leggendo non esiste: questo vi procurerebbe ansia, cerchereste a vostra volta di convincere l'interlocutore del fatto che il foglio esiste. Piuttosto, quindi, **assecondate il bisogno del malato**: se è spaventato da ciò che vede rassicuratelo, se è sereno sorvolate. Ricordate inoltre che su allucinazioni e deliri è possibile intervenire farmacologicamente, per cui rivolgetevi al vostro centro di fiducia non appena questi sintomi dovessero manifestarsi.

- f) **Non sottolineare le mancanze e gli errori**; ad esempio, se il malato continua a porvi la stessa domanda, non è utile sottolineare che la domanda è già stata fatta ed ha già avuto risposta. Mantenere la calma, cercare se possibile di distrarre il paziente con altre attività.
- g) **Cercare di trovare una routine quotidiana** da rispettare: la stessa sequenza nell'esecuzione delle cose (ad esempio al mattino stabilire che prima si prendono le pastiglie, poi si fa colazione, poi ci si lava, etc.) riduce la possibilità di disorientamento e paura.
- h) **Non sostituirlo da subito in tutto**, come spesso si tende a fare perché è più sbrigativo; al contrario stimolarlo nel mantenere per quanto possibile la propria autonomia o aiutarlo in modo discreto; oltre che a preservare più a lungo le **capacità residue del malato**, in questo modo lo si aiuta anche nel mantenere la fiducia in se stesso.
- i) - L'attività senza sconfitta: sono quelle attività in cui è utile occupare il malato di Alzheimer, nelle fasi non avanzate di malattia, con lo scopo di ridurre la frustrazione e di mantenere le capacità residue; **chi assiste il malato conosce**

**i suoi punti di forza, e deve giocare su quelli.**

- j) **Le attività vanno scelte in base agli interessi del malato e alle sue capacità residue.** Queste attività sono anche importanti per scandire in modo routinario la giornata e per evitare la noia. Esempi: leggere il giornale, ascolto delle notizie, seguire un pezzo di film e commentarlo insieme, collaborazione nelle pulizie di casa, preparazione della lista della spesa, preparazione dei pasti, riposino, giochi con le carte, ascolto di musica e ballo, giardinaggio, ricamo, racconti dell'infanzia, etc.
- k) **Cercare di mantenere vive le passioni o gli hobby del malato,** ricavando degli spazi nell'arco della giornata da dedicargli in modo da spezzare la monotonia e la noia.
- l) **Non arrabbiarsi con il malato** per i suoi comportamenti inadeguati; ricordarsi che si tratta di sintomi e non di "volontà", al pari di qualunque altro sintomo di altre malattie, come la febbre, il vomito, etc. Arrabbiarsi è controproducente, perché il malato non è in grado di comprendere il motivo della vostra rabbia, e questo gli provoca ulteriore smarrimento.
- m) **Essere flessibili e capaci di adattarsi;** non ostinarsi in comportamenti o procedure non accettate dal paziente; cercare al contrario soluzioni alternative per il raggiungimento dello stesso scopo.
- n) Facilitare l'orientamento spazio-temporale del malato valorizzando le sue **abitudini, i suoi ricordi, i suoi oggetti.** Parlare con lui di un argomento che gli interessa particolarmente e che gli evoca sensazioni positive (ad esempio il suo lavoro che amava tanto), spesso può aiutare a risolvere momenti difficili.
- o) **Rendere idoneo l'ambiente in cui vive il paziente, sia per la sua sicurezza sia per facilitarlo nell'orientamento all'interno dell'abitazione e nel riconoscimento delle stanze.**

Altri accorgimenti di ordine pratico possono facilitare lo svolgimento e la gestione delle attività quotidiane, e di conseguenza ridurre le situazioni in cui il malato manifesti disturbi come irritabilità o aggressività:

- **Igiene:** cercare di mantenere le abitudini precedenti in modo da evitare cambiamenti che potrebbero disorientare il paziente; se il paziente si lava ancora da solo, lasciare gli oggetti di cui ha bisogno come spazzolino, pettine, etc., bene in vista; spesso il bagno, se genera conflitto, viene meglio tollerato se effettuato da una persona diversa dal caregiver.
- **Abbigliamento:** preservare il più a lungo possibile l'autonomia nel vestiario, piuttosto supervisionando il malato; preparare gli indumenti nell'ordine in cui il paziente dovrà indossarli; evitare indumenti difficili da indossare o con allacciature difficili (come bottoni, cinture, etc.); preferire scarpe senza lacci; posizionare gli indumenti sporchi in posti inaccessibili. Ricordarsi sempre che la cura dell'aspetto esteriore è un elemento importante per la dignità del malato.
- **Alimentazione:** preparare per quanto possibile ( e per quanto consentito da eventuali altre patologie, come ad esempio il diabete) cibi graditi dal paziente, che assicurino un corretto apporto nutrizionale; presentare i piatti uno alla volta, in modo da non mettere il malato nella condizione di dover scegliere cosa mangiare; prestare attenzione alla temperatura dei cibi; utilizzare suppellettili (bicchieri, posate, etc) di facile impugnatura e utilizzo.
- **AGITAZIONE PSICOMOTORIA:** Il malato può mostrare ansia, tensione, inquietudine, non riesce a stare fermo e chiede con insistenza se deve arrivare qualcuno. Questi comportamenti possono dipendere da una difficoltà di interazione con il proprio ambiente e/o da qualche disagio anche fisico (esempio possono provare dolore in qualche parte del corpo). L'agitazione può dipendere anche da qualche richiesta del caregiver troppo difficile da eseguire.

- **AGGRESSIVITA' VERBALE E FISICA:** molte volte i pazienti mostrano reazioni cosiddette catastrofiche anche davanti ad eventi di poco conto, possono quindi manifestare momenti di aggressività verbale e/o fisica diretti verso gli altri o anche verso se stessi. La tendenza a reagire in modo sproporzionato è dovuta spesso alla malattia che accentua gli aspetti negativi del carattere e può anche farne emergere di nuovi. Altre volte rappresenta una risposta di difesa del malato ad una situazione che gli provoca confusione o che percepisce come minacciosa, **il malato non è sempre in grado di comprendere, leggere e interpretare pienamente ciò che accade intorno a lui.** Una frase apparentemente innocua, un gesto inoffensivo o a maggior ragione un ordine brusco o un forte rumore, possono ingenerare nel malato una crisi di rabbia, pianto, paura, disperazione, aggressività che viene appunto definita reazione catastrofica. Il malato può, in certi momenti, interpretare male certe azioni, parole, sguardi o rumori, reagendo in modo inadeguato. Le allucinazioni possono essere alla base anche di qualche reazione catastrofica.
- **ABBIGLIAMENTO:** la capacità di vestirsi e svestirsi autonomamente è spesso difficoltosa per un paziente anche nelle fasi precoci della malattia. **L'aprassia e l'amnesia** nelle sue varie forme sono i disturbi cognitivi che compromettono maggiormente tale funzione. Diventa difficile eseguire le sequenze esatte dei gesti necessari per vestirsi e spogliarsi, è problematico adattare il proprio abbigliamento alla stagione. Su questa capacità possono, in un secondo momento, incidere i deficit di forza, i tremori e la rigidità muscolare. È importante che **il caregiver agevoli e semplifichi la capacità di vestirsi e svestirsi del malato, così che il paziente possa conservare il più a lungo possibile tale abilità.**
- **SINDROME DEL TRAMONTO:** in alcuni malati si può riscontrare la cosiddetta "sindrome del tramonto", cioè il **peggioramento della sintomatologia al tramontare del**

sole o comunque in tutte le situazioni in cui si passa da una buona illuminazione ambientale ad una scarsa. Il malato può mostrarsi confuso, ansioso e più irrequieto e questo potrebbe dipendere dalla perdita dei punti di riferimento che vengono mal percepiti al buio. **È importante dunque mantenere una buona illuminazione durante le ore di veglia**

- SONNO: è frequente che il ritmo sonno-veglia si modifichi con la malattia. Il sonno del demente diventa più leggero, meno riposante e frammentato. Il malato tende a rimanere sveglio di notte e a dormire di giorno e per questo durante le ore notturne si alza, si lava, si veste e può voler uscire, oppure parla ad alta voce, chiama le persone o fruga nei cassetti. Potrebbe essere utile aiutarlo a rilassarsi prima di andare a riposare, scoraggiare il sonno durante il giorno e indurre qualche attività fisica nella seconda parte della giornata.
- IGIENE PERSONALE: Il lavarsi è un'attività quotidiana che spesso pone molte difficoltà al malato di Alzheimer. Tale attività necessita di sequenze di **gesti piuttosto complesse** quali il miscelare l'acqua, l'insaponarsi ecc. Il risultato è che a volte i malati si trascurano nell'igiene personale ed è bene dunque, che il caregiver mantenga una certa ripetitività nella modalità (bagno o doccia), nella frequenza e nella ritualità (il mattino o la sera). Inoltre, vanno considerati sentimenti quali **la vergogna e l'umiliazione** del malato che spesso aggravano le sue difficoltà nell'igiene personale.
- DISORIENTAMENTO: molti pazienti giungono all'attenzione del clinico perché si sono persi, nel senso che non trovano un percorso familiare, o non sanno individuare i locali della propria abitazione. La perdita di memoria, le difficoltà di orientamento nello spazio, l'angoscia, la paura e l'ansia sono spesso alla base di tale problematica. Le soluzioni da adottare possono essere, se possibile, quella di **accompagnare il malato e di non farlo più uscire da solo, lasciargli sempre in tasca dei documenti di identificazione,**

**in cui sia scritto che la persona è malata e a chi rivolgersi in caso di necessità.**

- **COMPORAMENTI ALIMENTARI ALTERATI:** il malato può chiedere del cibo anche subito dopo aver mangiato, oppure nelle fasi avanzate di malattia potrebbero portare alla bocca cose non commestibili, o non mangiare. Questi comportamenti potrebbero essere collegati alla noia, alla mancanza di gratificazione o alla depressione. **Potrebbe essere utile tenere impegnato il malato nelle attività di preparazione dei pasti, frazionare i pasti all'interno della giornata, dando più spesso del cibo, ma in quantità ridotte e rendere** inaccessibile ciò che non è commestibile. Se rifiuta il cibo chiedere una consulenza al proprio medico.

**15. Ma cosa è importante la cura o il benessere?**

Questo è un problema complesso a cui poter rispondere facilmente. Il **principio** puramente laico di **cittadinanza** va valorizzato anche nelle fasi finali della malattia ove la tentazione di ridurre le cure in virtù di una supposta inutilità dell'individuo è forte. Il problema è che la **società** sta strutturando una **visione negativa della vecchiaia** e delle malattie che la accompagnano.

Il punto non è impedire il declino psicofisico e curare , ma garantire una migliore **qualità di vita o se vogliamo una dignitosa fine**, perché quella persona è comunque portatrice di una storia e di una identità che a volte essa stessa perde, ma che non perdono i parenti e gli amici.

*Saviano, Dicembre 2024*

## **BIBLIOGRAFIA**

- M. Trabucchi, A. Guaita, *Le demenze, la cura e le cure*, Maggioli editore, 2016;
- Istituto di cura Santa Margherita, istituzioni riunite di Pavia, *Fiori d'autunno, progetto di supporto ai familiari di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer*;
- G Tedeschi, S. Cirillo, C. Caltagirone, *Le neuroimmagini nelle demenze testo atlante*, CMP 2005
- *Giornale italiano di farmaco economia e farmaco utilizzazione, l'anziano complesso*, vol. 6 numero 3 settembre 2014;
- *Progetto italiano sull'epidemiologia della malattia di Alzheimer (IPREA): disegno dello studio e metodologia della fase trasversale*. Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Gino Farchi per il Gruppo IPREA, 2003,106 p. Rapporti ISTISAN 03/34, Istituto Superiore di sanità;
- *Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) – Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*; Neurology 2001;56:1133-1142;
- *Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review) – Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*;Neurology 2001;56:1143-1153;
- *Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review) – Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*; Neurology 2001;56:1154-1166;



## Chi è il Neurofisiopatologo?



E' un medico specialista in NEUROFISIOPATOLOGIA, disciplina di specializzazione post-laurea in medicina e chirurgia, riconosciuta equipollente alla neurologia dal 2006 con D.M. n. 206 del 5/09/2006. Quindi il neurofisiopatologo ha una formazione universitaria come il neurologo in quanto si occupa della diagnosi e della cura di malattie del sistema nervoso centrale (Ictus cerebrale, Epilessia, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla, Cefalee, Demenze, ecc.) e del sistema nervoso periferico (paralisi facciale, nevralgia del trigemino, polineuropatie, ecc.), inoltre ha ricevuto una formazione sull'utilizzo e la interpretazione di alcuni esami diagnostico strumentali specifici come l'elettroencefalogramma, l'elettroneuromiografia ed i potenziali evocati. Studia cioè il cervello, i nervi ed i muscoli attraverso i suoi segnali. Infatti, il nostro sistema nervoso centrale e periferico emette direttamente o, se stimolato, indirettamente dei segnali elettrofisiologici, che registrati da opportune apparecchiature possono fornire indicazioni utili su patologie specifiche o aggiungere informazioni importanti per altri specialisti nella cura di diverse patologie.

***Il neurofisiopatologo è come un elettricista del corpo umano!***

## Breve Biografia del Dott. Biagio Ciccone

Nasco nel febbraio del 1966 mentre Adriano Celentano cantava il ragazzo della via Gluck e veniva escluso dalla finale del festival di Sanremo, entrando poi di diritto nella leggenda della musica leggera italiana. Studiavo e lavoravo. Oggi lavoro e studio. Pochi viaggi prima della laurea in Medicina e Chirurgia nel 1993, ma tanti spostamenti per studio e formazione sulla direttrice Napoli – Pavia dal 1995 al 1999, anno della mia specializzazione in Neurofisiopatologia presso l'Istituto Neurologico "Casimiro Mondino" IRCCS. Anche oggi mi sposto spesso per lavoro e studio. Sono dinamico e motivato, non mi piace la monotonia, amo la ricerca e la conoscenza, la buona compagnia e la serenità.



## Offerta

Presso il mio studio medico privato mi occupo di: diagnosi e cura delle cefalee, di demenze, di disturbi del sonno, malattia di Parkinson, Epilessie, in genere di malattie del sistema nervoso centrale e periferico.

Inoltre, eseguo esami neurofisiologici quali l'elettroneuromiografia.

## **NON MI OCCUPO DI MALATTIE PSICHIATRICHE**

Grazie alla collaborazione di colleghe psicologhe da tempo offriamo la possibilità di valutazioni psicodiagnostiche e neuropsicologiche, sostegno psicologico individuale e di coppia.