



Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026  
(GU Serie Generale n.235 del 07-10-2024)



# **La gestione dei disturbi comportamentali nelle RSA: quali possibili interventi**

---

Introduzione

6 febbraio 2026

Nicola Vanacore  
Istituto Superiore di  
Sanità



*Ministero della Salute*



## PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

LE ATTIVITA' DELL'OSSERVATORIO  
DEMENTE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI  
SANITA'  
(anni 2024-2026)



## Implementazione della linea guida «Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment»

È stato realizzato un percorso breve di implementazione della linea guida articolato in **tre incontri formativi online**, ciascuno rivolto ad una diversa tipologia di struttura (CDCD, RSA e CD). Ogni struttura è invitata a partecipare all'incontro online durante il quale verranno fornite informazioni e strumenti ai fini dell'implementazione.

**SAVE  
THE  
DATE**

- **19 febbraio 2026, ore 15:00-17:00**  
Implementazione nei CDCD
- **18 marzo 2026, ore 15:00-17:00**  
Implementazione nelle RSA
- **25 marzo 2026, ore 15:00-17:00**  
Implementazione nei CD



## Fondo 2024-2026

### Linee strategiche Regioni e PA

- d) In applicazione del PND, le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell'articolo 1, comma 331, della legge n. 178 del 2020, predispongono le seguenti linee di azione, mediante Piani triennali di attività, volti ad affrontare, tra l'altro, specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative o con l'ausilio di apparecchiature sanitarie:
- ✓ **1** potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;
  - ✓ **2** potenziamento della diagnosi tempestiva del DNC maggiore, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie;
  - ✓ **3** potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure in tutti i contesti assistenziali;
  - ✓ **4** definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo;
  - ✓ **5** consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone.

## Formazione online per professionisti delle CRA/RSA

L'Osservatorio Demenze in collaborazione con l'ASL di Modena e la Fondazione Golgi-Cenci, organizza **tre eventi formativi online** rivolti ai professionisti sanitari che lavorano nelle CRA/RSA. Ogni incontro sarà focalizzato su specifiche problematiche clinico-assistenziali nella presa in carico delle persone con demenza.



**16 gennaio, ore 15:00-16:30**

La formazione nelle RSA: strategie ed obiettivi



**23 gennaio, ore 15:00-16:30**

Le contenzioni e le cadute in RSA: dalla conoscenza alle indicazioni pratiche



**6 febbraio, ore 15:00-16:30**

La gestione dei disturbi comportamentali nelle RSA: quali possibili interventi

## Programma 6 febbraio:

- **Introduzione**  
*Nicola Vanacore*
- **Perché le persone con demenza sviluppano i disturbi del comportamento?**  
*Marina Turci*
- **L'importanza della relazione e della comunicazione**  
*Annalisa Bonora*
- **Il ruolo dell'ambiente che cura**  
*Glenda Garzetta*
- **Le attività significative per la persona con demenza**  
*Glenda Garzetta*
- **Discussione**

| Regione                      | n.         |
|------------------------------|------------|
| Abruzzo                      | 4          |
| Basilicata                   | 16         |
| Calabria                     | 3          |
| Campania                     | 7          |
| <b>Emilia-Romagna</b>        | <b>805</b> |
| <b>Friuli Venezia Giulia</b> | <b>159</b> |
| Lazio                        | 6          |
| Liguria                      | 30         |
| Lombardia                    | 137        |
| <b>Marche</b>                | <b>408</b> |
| Molise                       | 3          |
| Piemonte                     | 45         |
| Puglia                       | 110        |
| Sardegna                     | 25         |
| Sicilia                      | 6          |
| <b>Toscana</b>               | <b>406</b> |
| Trentino-Alto Adige          | 38         |
| Umbria                       | 3          |
| Valle d'Aosta                | 21         |
| <b>Veneto</b>                | <b>624</b> |

Iscritti ai webinar: **2860**

| Professione/ruolo                             | n.   |
|-----------------------------------------------|------|
| OSS                                           | 1132 |
| Infermieri                                    | 618  |
| Coordinatori (di struttura/reparto)           | 284  |
| Medici                                        | 119  |
| Psicologi                                     | 118  |
| Educatori                                     | 114  |
| Fisioterapisti                                | 105  |
| RAA                                           | 100  |
| Animatori                                     | 45   |
| Assistenti sociali                            | 42   |
| Direttori (di struttura, generale, sanitario) | 41   |
| Responsabili (di struttura/reparto)           | 38   |
| AdB                                           | 23   |
| Logopedisti                                   | 16   |
| Amministrativi                                | 14   |

**Osservatorio Demenze**  
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Chi siamo Istituto Superiore di Sanità Piano Nazionale Demenze News Iscriviti alla Newsletter

Professionisti Socio Sanitari
 Pazienti, Familiari Caregiver
 Comunicazione e Media

Mappa dei servizi

[TORNA ALL'ARCHIVIO](#)

CORSI, CONVEGNI E WEBINAR

## Formazione online per professionisti delle RSA

Nell'ambito dell'Attività 4 del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, in collaborazione con l'ASL di Modena e la Fondazione Golgi-Cenci, sono stati sviluppati tre interventi formativi online rivolti ai professionisti sanitari che lavorano nelle CRA/RSA. L'obiettivo del percorso formativo è migliorare la presa in carico e l'assistenza delle persone con demenza. Gli incontri, realizzati tramite la piattaforma Microsoft Teams, affronteranno di volta in volta specifiche problematiche clinico-assistenziali legate alla gestione della demenza.

**Destinatari:**  
Personale delle CRA/RSA: Professionisti sanitari, Operatori Socio-Sanitari e Responsabili/Coordinatori di struttura.

**Calendario e temi trattati negli incontri:**

**16 gennaio 2026, ore 15:00-16:30 – La formazione nelle RSA: strategie ed obiettivi**

*Programma*

- Introduzione – Nicola Vanacore, ISS
- Le survey delle RSA in Italia – Elisa Fabrizi, ISS
- Dalle raccomandazioni della LG alle indicazioni pratiche – Nicoletta Locuratolo, ISS
- Come organizzare e valutare la formazione nelle RSA – Francesco Della Gatta, ISS
- Discussione

**23 gennaio 2026, ore 15:00-16:30 – Le contenzioni e le cadute in RSA: dalla conoscenza alle**

**Allegati**

**Presentazioni 23 gennaio**  
PDF - 2,82 MB

**Presentazioni 16 gennaio**  
PDF - 5,80 MB

**Le slide sono disponibili sul sito dell'Osservatorio Demenze**

**Le registrazioni dei tre webinar saranno disponibili prossimamente sulla stessa pagina**



**<https://www.demenze.it>**

## Referenti regioni – Tavolo Permanente sulle demenze

|                       |           |                          |
|-----------------------|-----------|--------------------------|
| ABRUZZO               | Effettivo | Stefano Sensi            |
| ABRUZZO               | Supplente | Maria Cristina Lupinetti |
| BASILICATA            | Effettivo | Teodosio Cillis          |
| BASILICATA            | Supplente | Annarita De Bartolomeo   |
| CALABRIA              | Effettivo | Genny Arabia             |
| CALABRIA              | Supplente | Francesco Lucia          |
| CAMPANIA              | Effettivo | Annarita Greco           |
| CAMPANIA              | Supplente | Annalisa Di Palma        |
| EMILIA ROMAGNA        | Effettivo | Barbara Manni            |
| EMILIA ROMAGNA        | Supplente | Federica Boschi          |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | Effettivo | Jacopo Cancelli          |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | Supplente | Ranieri Zuttion          |
| LAZIO                 | Effettivo | Marco Nuti               |
| LAZIO                 | Supplente | Silvia Scalmana          |
| LIGURIA               | Effettivo | Ernesto Palummeri        |
| LIGURIA               | Supplente | Elisa Lidonnici          |
| LOMBARDIA             | Effettivo | Alessandro Amorosi       |
| LOMBARDIA             | Supplente | Lorenzo Blandi           |
| MARCHE                | Effettivo | Filippo Masera           |
| MARCHE                | Supplente | Fabio Izzicupo           |
| MOLISE                | Effettivo | Alfonso Di Costanzo      |
| MOLISE                | Supplente | Lolita Gallo             |

|               |           |                                 |
|---------------|-----------|---------------------------------|
| PIEMONTE      | Effettivo | Daniele Giovani                 |
| PIEMONTE      | Supplente | Piero Secreto                   |
| PUGLIA        | Effettivo | Giancarlo Logroscino            |
| PUGLIA        | Supplente | Elena Memeo                     |
| SARDEGNA      | Effettivo | Stefano Piras                   |
| SARDEGNA      | Supplente | Serena Meloni                   |
| SICILIA       | Effettivo |                                 |
| SICILIA       | Supplente | Tommaso Piccoli                 |
| TOSCANA       | Effettivo | Sara Madrigali                  |
| TOSCANA       | Supplente | Antonella Notarelli             |
| P.A. BOLZANO  | Effettivo | Francesca Lubian                |
| P.A. BOLZANO  | Supplente | Massimiliano Ghezzi             |
| P.A. TRENTO   | Effettivo | Micaela Gilli                   |
| P.A. TRENTO   | Supplente | Alessandra Lombardi             |
| UMBRIA        | Effettivo | Anna Laura Spinelli             |
| UMBRIA        | Supplente | Valentina Battiston/Elena Ricci |
| VALLE D'AOSTA | Effettivo | Alessandra Caci                 |
| VALLE D'AOSTA | Supplente | Monica Seganfredo               |
| VENETO        | Effettivo | Cristina Basso                  |
| VENETO        | Supplente | Carlo Gabelli                   |

**Se avete domande durante il webinar potete utilizzare il link indicato nella chat:**

[DOMANDE 3° webinar: La gestione dei disturbi comportamentali nelle RSA: quali possibili interventi](#)

**Il link è raggiungibile anche attraverso questo QR code:**



# La gestione dei «disturbi comportamentali» nelle RSA: quali possibili interventi"

GERIATRIA TERRITORIALE - AUSL MODENA  
EMILIA ROMAGNA

L'ospite questa notte ha suonato il campanello 29 volte.

Ogni volta che si andava da lei non era chiara la richiesta e non mostrava alterazione dei parametri vitali.

Rimosso il campanello l'ospite ha afferrato una spazzola che si trovava sul comodino e la utilizzava battendola sulle sponde per richiamare l'attenzione e nel frattempo urlava.

La compagna di stanza e gli altri ospiti sono rimasti svegli buona parte della notte e alcuni hanno iniziato ad insultarla

L'ospite appena sveglio girovagava per il corridoio.

Si capiva che la sua tuta contenitiva era sporca di urine e feci.

Abbiamo cercato in due di accompagnarlo in bagno per cambiarlo e lavarlo ma lui non voleva saperne.

Alla fine siamo riusciti ad arrivare al bagno ma riuscire a sistemarlo è stato molto difficile. Non rimaneva fermo, imprecava, ci allontanava le mani e ha rischiato di cadere più di una volta.

Alla fine ha anche graffiato la collega.

---

Cosa ci comunicano  
queste consegne?

---

# Obiettivi di questo webinar:

---

- 1 Comprendere **cosa sono** e da **dove originano** i «disturbi del comportamento».
- 2 Come **interpretarli**.
- 3 Come **gestirli**.



**Quale pensi possa essere la causa  
del comportamento e delle reazioni emotive  
di una persona che vive con la demenza?**

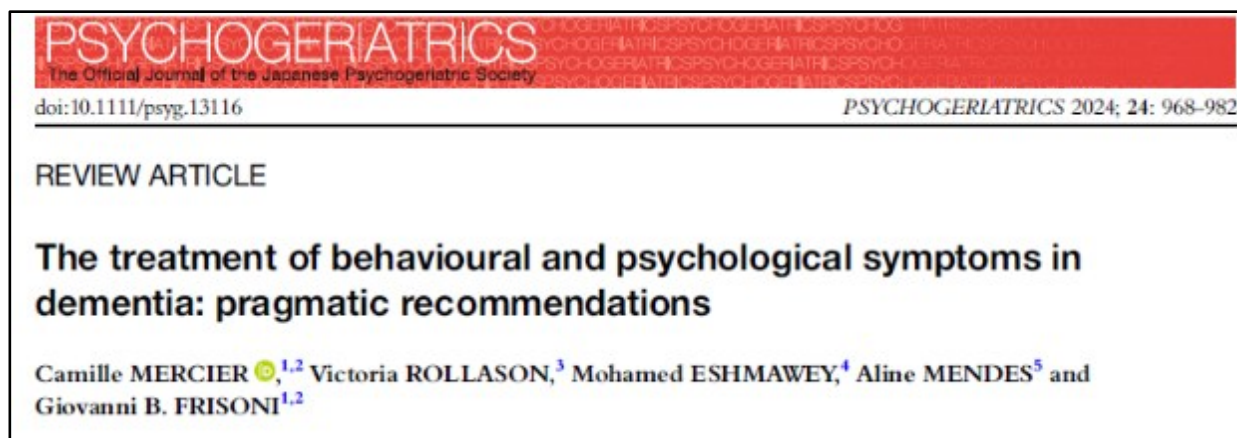


- A. Disturbi cognitivi (abilità linguistiche, mnesiche, attentive, di giudizio critico,....)
- B. Danno cerebrale
- C. Disfunzione psichiatrica
- D. Malattia
- E. Altro

# Da dove nascono i disturbi del comportamento?

---

Quasi tutti i pazienti con demenza sviluppano **disturbi comportamentali o psicologici** nel corso della malattia . (oltre il 90%)



Possono comparire in uno stadio di malattia piuttosto che in altro, essere più o meno pronunciati , possono includere sintomi diversi

# Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Different Dementia Disorders: A Large-Scale Study of 10,000 Individuals

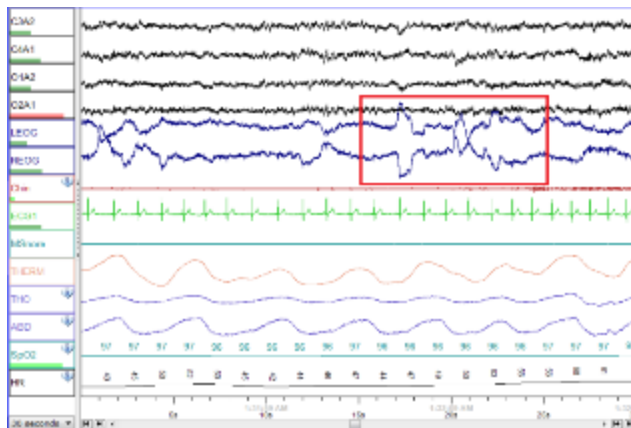
In questo studio Le manifestazioni comportamentali nelle persone residenti in struttura riguardano il 75,7% delle persone per sintomi severi e il 92,3% comprendendo i sintomi meno severi. i sintomi più frequenti sono

**Attività motoria aberrante**  
**Agitazione/aggressività**  
**irritabilità**

# Da dove nascono i disturbi del comportamento?

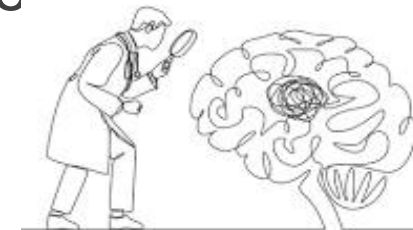
**Alcuni disturbi sono tipici di determinati tipi di demenza.**

Ad esempio le allucinazioni visive e i disturbi del sonno rem nella demenza a corpi di Lewy.



Altri disturbi sono **tipici di determinate fasi.**

Ad esempio ansia e depressione ricorrono facilmente nelle fasi iniziali della demenza di Alzheimer, peggiorano nelle fasi intermedie mentre nelle fasi avanzate predominano aggressività, agitazione e deliri.



# Da dove nascono i disturbi del comportamento?

---

## 1 Primari

Risultano dal processo di neurodegenerazione della rete dei neuroni e dello scambio dei neurotrasmettitori.

Decorrono spontaneamente.

Meno frequenti.

## 2 Secondari

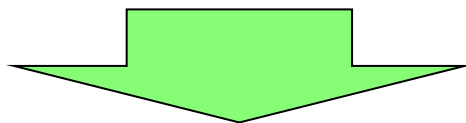
Risultano dalla compromissione indotta dalla malattia e dalla minor tolleranza allo stress ambientale.  
Più frequenti.

La loro comparsa e l'intensità è influenzata dall'ambiente.

## 3 Terziari

Entrambe le componenti

# MOLTEPLICI ORIGINI DEL COMPORTAMENTO



## **MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE:**

Interazione tra componente neuro-biologica  
individuo  
esperienze pregresse  
ambienti di vita attuale

## **MODELLO NEURO-BIOLOGICO (AD):**

Squilibri neurotrasmissione (colinergica,  
noradrenergica, dopaminergica, serotoninergica,  
glutammatergica)

## **MODELLO NEURO- DEGENERATIVO:**

Riduzione volume corteccia prefrontale  
e dorso-laterale, cingolo anteriore,  
insula e lobi temporali: mediatori della  
regolazione emotiva,  
autoconsapevolezza e percezione

*(«Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia»  
N. Cloak; C. Schoo; Y. Al Khalili, 2024)*

# Da dove nascono i disturbi del comportamento?

---

Provare a Comprendere se ci troviamo davanti ad un disturbo che abbia un'origine primaria o secondaria è importante per indirizzare le azioni future.



L'ospite questa notte ha suonato il campanello 29 volte.

Ogni volta che si andava da lei non era chiara la richiesta e non mostrava alterazione dei parametri vitali.

Rimosso il campanello l'ospite ha afferrato una spazzola che si trovava sul comodino e la utilizzava battendola sulle sponde per richiamare l'attenzione e nel frattempo urlava.

La compagna di stanza e gli altri ospiti sono rimasti svegli buona parte della notte e alcuni hanno iniziato ad insultarla

L'ospite questa notte ha suonato il campanello 29 volte.

Ogni volta che si andava da lei riferiva che faceva fatica a respirare e se si sdraiava stava peggio. Parlava con affanno. Avrebbe voluto mettersi seduta. Chiedeva inoltre che ora fosse e se i suoi familiari sapessero che lei era lì.

Misurati i parametri vitali diverse volte ma non mostravano alcuna alterazione.

Se si rimaneva con lei a parlare un po' sembrava calmarsi e sembrava meno in affanno.

Dopo 5 minuti che ci si allontanava riprendeva a chiamare, urlare suonare il campanello.

# Comportamento

```
graph TD; C[Comportamento] --> A[Approccio centrato sul danno cerebrale]; C --> B[Approccio biopsicosociale]; A --> D[Malato con un comportamento da gestire]; D --> E[strategie]; B --> F[Persona in difficoltà]; F --> G[Lettura e soddisfazione dei bisogni];
```

Approccio centrato  
sul danno cerebrale



Malato con un  
comportamento da  
gestire



strategie

Approccio  
biopsicosociale

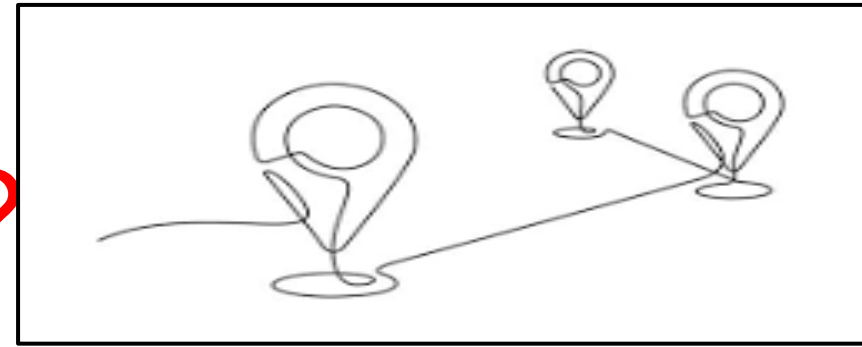


Persona  
in  
difficoltà



Lettura e  
soddisfazione  
dei bisogni

# Quali sono le «strategie»?



Persona che non riposa la notte → Stessa strategia?

Persona convinta che qualcuno le  
abbia rubato dall'armadio → Stessa strategia?

Persona che non vuole cambiarsi i  
vestiti → Stessa strategia?

**Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia (Review)**

Mühlbauer V, Möhler R, Dichter MN, Zuidema SU, Köpke S, Luijendijk HJ

# Uso di antipsicotici

- I benefici portati dall'uso di antipsicotici (sia tipici che atipici) sono inferiori rispetto ai danni che possono causare. Si consiglia di trovare alternative terapeutiche .
- Il trattamento delle possibili cause sottostanti di natura psicosociale e fisica è un'alternativa consigliata.
- In pazienti con importanti e pericolosi sintomi possono essere considerati valutando sempre benefici e svantaggi e tenendo conto che la sonnolenza è un effetto collaterale presente.

---

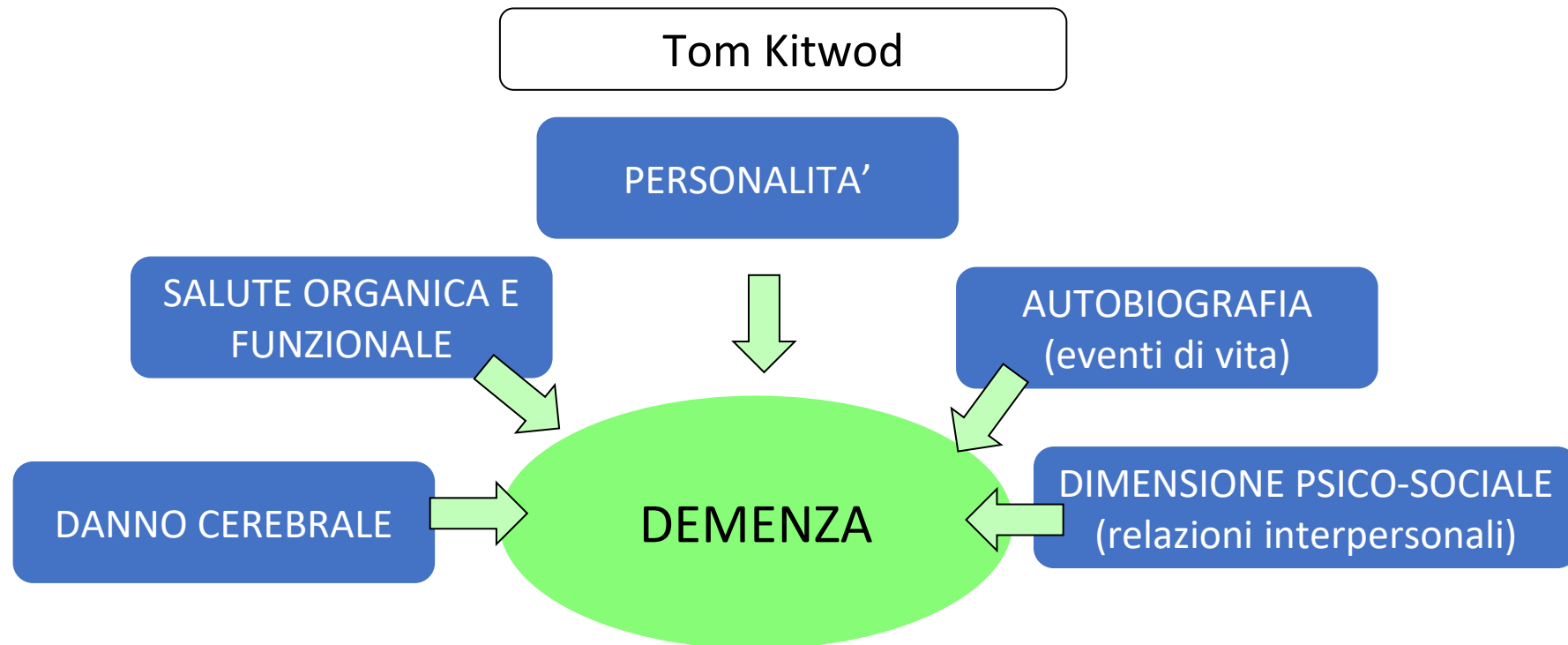
# Cos'è l'approccio bio psicosociale?

---

# Approccio BIO-PSICO-SOCIALE (1989):

*Riconsiderare la Demenza (2015)*

## «Modello Arricchito» per comprendere e spiegare la Demenza



# Approccio biopsicosociale applicato alle persone con demenza



# 1. Pregiudizi: Normale per chi?

---

| SITUAZIONE                                                                  | COMPORTAMENTO                                        | SE È UNA PERSONA COGNITIVAMENTE INTEGRA | SE È UN RESIDENTE DI STRUTTURA |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| Uno sconosciuto si avvicina e tenta di togliere la maglietta a una persona. | La persona urla e alza le braccia e tenta di colpire | Si difende                              | E' aggressivo e oppositivo     |
| Una persona è stata seduta 2 ore                                            | inizia a passeggiare avanti e indietro               | Si sgranchisce le gambe                 | Ha wandering                   |
| Una persona è stata in casa tutto il giorno                                 | Cerca di uscire fuori                                | Vuole prendere una boccata d'aria       | Tentativo di fuga              |

## 2) Storia di vita



*International Psychogeriatrics* (2018), 30:12, 1797–1811 © International Psychogeriatric Association 2018. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

doi:10.1017/S1041610218000376

### REVIEW

## Life story books for people with dementia: a systematic review

Teuntje R. Elfrink,<sup>1</sup> Sytse U. Zuidema,<sup>2</sup> Miriam Kunz<sup>2</sup> and Gerben J. Westerhof<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Health and Technology, University of Twente, Enschede, the Netherlands

<sup>2</sup> Department of General Practice and Elderly Care Medicine, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

- Famiglia
- Professione
- Hobbies
- Personalità
- Preferenze
- Valori...

# Motivi per cui la storia di vita è importante

- ❑ Rinforza l'identità di una persona
- ❑ Facilita l'interazione
- ❑ Bussola per attività

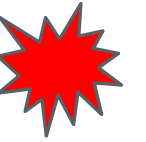
The effectiveness of creating an online life story book on persons with early dementia and their informal caregivers: a protocol of a randomized controlled trial

Teuntje R Elfrink<sup>1\*</sup>, Sytse U Zuidema<sup>2</sup>, Miriam Kunz<sup>2</sup> and Gerben J Westerhof<sup>1</sup>



### 3) Adattamento della persona alle sue crescenti difficoltà

---

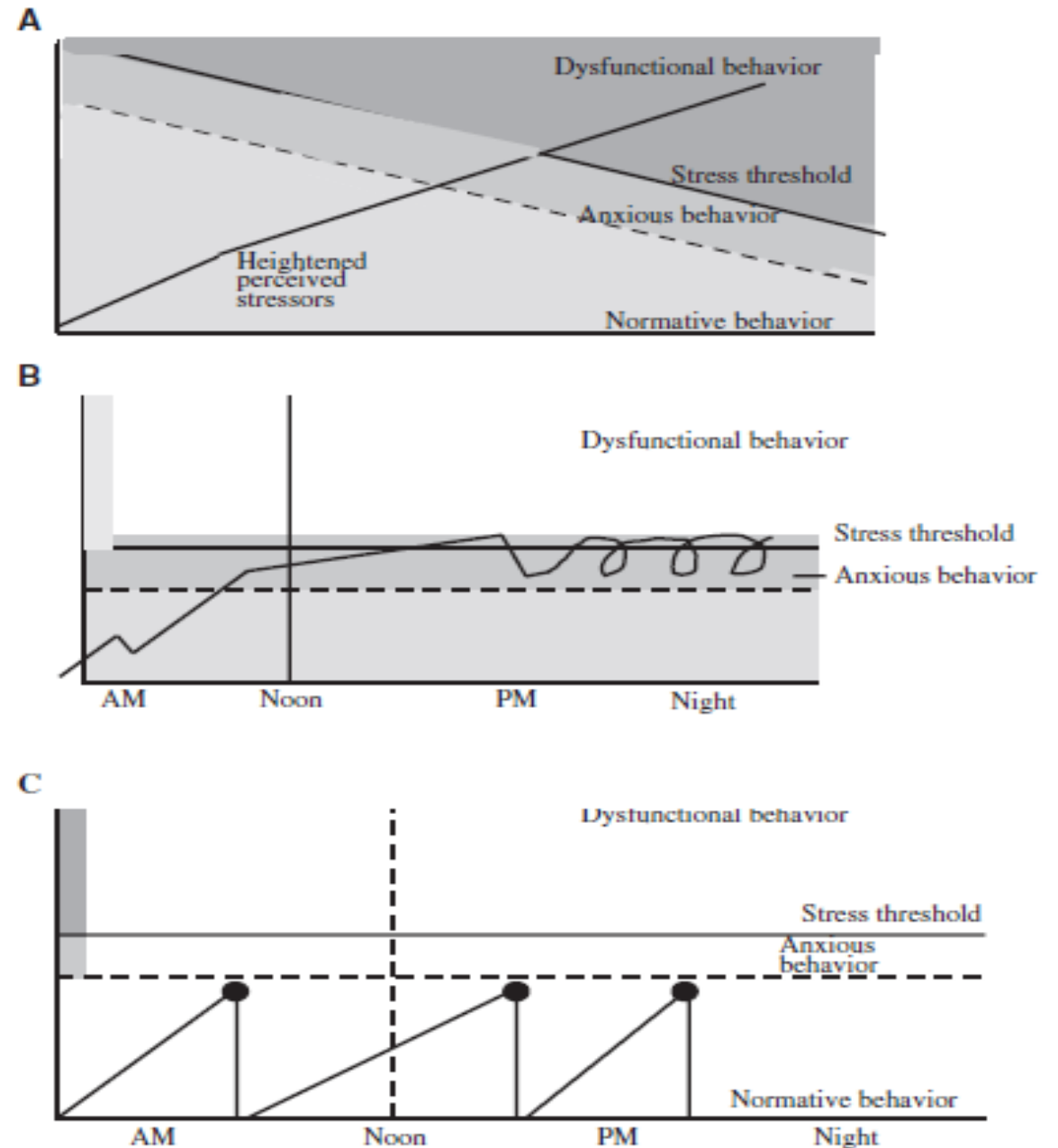


Difficoltà a svolgere un compito o ad interpretare una situazione o ad orientarmi



La PCD individua una soluzione alternativa e inconsueta per arrivare all'obiettivo che può essere letta come disturbo del comportamento

# Teoria della soglia di stress



**JOURNAL**  
OF THE  
AMERICAN GERIATRICS SOCIETY



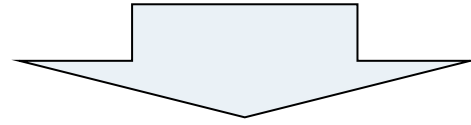
## History, Development, and Future of the Progressively Lowered Stress Threshold: A Conceptual Model for Dementia Care

Marianne Smith MS, ARNP, CS, Linda A. Gerdner PhD, RN, Geri R. Hall PhD, RN, FAAN,  
Kathleen C. Buckwalter PhD, RN, FAAN

## 4)bisogni non soddisfatti

---

Diminuita capacità a comunicare e a soddisfare i propri  
bisogni



**LA PERSONA NON E' IN BENESSERE  
E LA SUA QUALITA' DI VITA' E' BASSA!**

# BISOGNI FONDAMENTALI DELL'INDIVIDUO

**BENESSERE**

## HIERARCHY OF NEEDS



AUTOREALIZZAZIONE

STIMA DI SE'

APPARTENENZA

SICUREZZA

FISIOLOGICI

# Gestire i Bisogni di NATURA FISICA

- Fame
- Sete
- Freddo
- Caldo
- Costipazione intestinale
- Ritenzione urinaria
- Presidio bagnato o sporco
- stanchezza
- Infezioni
- DOLORE
- Effetti collaterali di farmaci
- Disfagia
- Posture scorrette o prolungate
- Contenzione
- Acufeni
- capogiri

# Il dolore: un segnale!

- Spesso sottostimato, si esprime molte volte con manifestazioni comportamentali
- Quasi la metà dei residenti nelle strutture ha dolore e tra loro la metà ha una diagnosi di demenza.
- Servono strumenti specifici per la misurazione del dolore che devono diventare parte del nostro bagaglio quotidiano

## PAINAD

Pain Assessment in Advanced Dementia (Warden, 2003)

**TABELLA I: La scala PAINAD.**

| INDICATORI                    | 0                                  | 1                                  | 2                                                                       |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <i>Respirazione</i>           | Normale                            | Respiro affannoso                  | Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea |
| <i>Vocalizzazione</i>         | Nessun problema                    | Pianti occasionali o brontolii     | Ripetuti urli o lamenti                                                 |
| <i>Espressioni del volto</i>  | Sorridente o inespressivo          | Triste e/o ciglia aggrottate       | Smorfie                                                                 |
| <i>Linguaggio del corpo</i>   | Rilassato                          | Teso                               | Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire                        |
| <i>Consolazione</i>           | Nessun bisogno di essere consolato | Confuso e che cerca rassicurazione | Incapacità di distrazione e/o consolazione                              |
| <b>0-1<br/>Dolore assente</b> | <b>2-4<br/>Dolore lieve</b>        | <b>5-7<br/>Dolore moderato</b>     | <b>8-10<br/>dolore severo</b>                                           |

## A systematic review of prevalence of pain in nursing home residents with dementia

Anne-S. Helvik<sup>1,2\*</sup>, Sverre Bergh<sup>2,3</sup> and Kjerstin Tøvik<sup>1,2</sup>



# Ruolo del dolore

- Importanza della valutazione e del trattamento del dolore
- Considerare in generale il disagio fisico
- Il dolore è molto frequente nelle persone con demenza
- È un'esperienza spiacevole ma ha conseguenze negative: riduce le capacità funzionali, porta a depressione, agitazione, ansia, aggressività disturbi del sonno

*Esplorare le possibili cause di distress*

*Identificare e gestire le possibili cause fisiche e ambientali (es dolore, delirium, cure inappropriate..) FORTE POSITIVA*



# Sonno: approccio integrato

Igiene del sonno

Esercizio fisico

Rilassamento

Modifiche ambientali

*Approcci di gestione integrata che includano educazione all'igiene del sonno, esposizione alla luce diurna, esercizio fisico e attività personalizzate*



Archives of Physical Medicine and Rehabilitation

journal homepage: [www.archives-pmr.org](http://www.archives-pmr.org)

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2021;102:1247-50

## ORGANIZATION NEWS

Information/Education Page

Managing Sleep for Individuals With Dementia: A Guide for Caregivers



# Sonno: approccio integrato

Interventi multifattoriali

Attività fisica

Interazioni sociali

Interventi sul caregiver



Cochrane Database of Systematic reviews | Review - Intervention

Free access

## Non-pharmacological interventions for sleep disturbances in people with dementia

Denise Wilfling, Stella Calo, Martin N Dichter, Gabriele Meyer, Ralph Möhler, ✉ Sascha Köpke Authors' declarations of interest

Version published: 03 January 2023 Version history

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011881.pub2>

# Approccio CENTRATO SULLA PERSONA

(T. Kitwood)

guardare

dalla prospettiva della persona, della  
sua esperienza attuale di adattamento  
alla situazione che sta vivendo

offre opportunità di supporto per il benessere della persona

**MODELLO DEL BENESSERE**

*(Allen Power)*

Approccio PCC (centrato sulla persona) è ritenuto il modo più efficace per sostenere la qualità di vita delle PCD ed i loro familiari

[https://www.demenze.it/it-schede-18-documentazione\\_sulle\\_demenze](https://www.demenze.it/it-schede-18-documentazione_sulle_demenze)

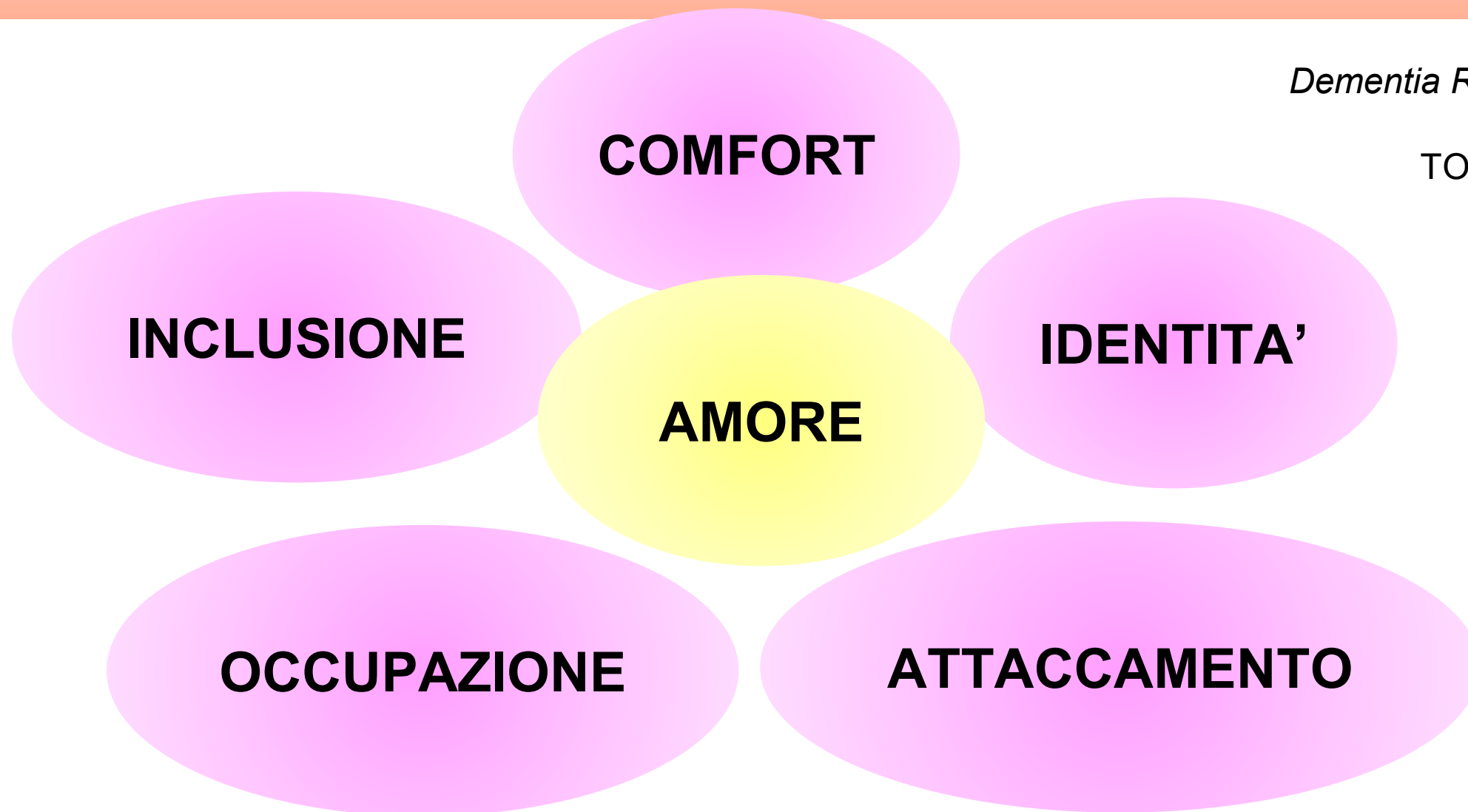
Alzheimer's Disease International  
<https://www.alzint.org/>

Excellence in Dementia Care  
(M. Downs & B. Bowers 2014)  
*book*



# PROSPETTIVA CENTRATA SULLA PERSONA: **BISOGNI EMOTIVI**

*Dementia Reconsidered*  
1997  
TOM KITWOOD



# Bisogni Emotivi Fondamentali della PCD:

# COMFORT

T. Kitwood

capacità di essere vicini/sentirsi vicini ad un'altra persona



## COME POSSIAMO SUPPORTARE LA SODDISFAZIONE DI QUESTO BISOGNO?

- **Contatto fisico rassicurante:** tenere la mano, carezza, accarezzare il braccio
- **Vicinanza emotiva:** sedersi accanto in silenzio ed in ascolto attivo, tenerezza
- **Mantenere un ambiente accogliente:** musica, luci, profumi, arredo, oggetti, cibo, persone vicine
- **Lenire il dolore:** offrire riconoscimento della sensazione fastidiosa e intervenire attivamente
- **Tono della voce** calmo, rassicurante durante le azioni di cura personale e quotidiana

# Bisogni Emotivi Fondamentali della PCD:

## **IDENTITA'** T. Kitwood



Sapere chi si è, senso di continuità  
della persona nello scorrere del tempo

### COME POSSIAMO SUPPORTARE LA SODDISFAZIONE DI QUESTO BISOGNO?

- **Chiamarla per nome, rispettare il suo ruolo sociale del passato (lavoro, comunità,...)**
- **Riconoscere la sua storia di vita:** foto, oggetti personali simbolici per la persona
- **Valorizzare gusti ed abitudini:** routine ed abitudini quotidiane
- **Evitare infantilizzazioni:** tono adulto, dignità di persona anziana
- **Narrazione dei Ricordi:** ascolto delle sue storie del passato e le emozioni connesse senza correggere eventuali errori

# Bisogni Emotivi Fondamentali della PCD: **ATTACCAMENTO** T. Kitwood

creare legami affettivi reciproci con persone significative



## COME POSSIAMO SUPPORTARE LA SODDISFAZIONE DI QUESTO BISOGNO?

- **Rassicurazione fisica ed emotiva:** sedersi accanto, offrire contatto fisico, tono calmo
- **Continuità delle persone di riferimento:** permette la previsione delle azioni da fare
- **Validare le emozioni:** capisco che ti senti insicuro, hai paura, sono qui con te
- **Presenza senza fare**

# Bisogni Emotivi Fondamentali della PCD:

## OCCUPAZIONE T. Kitwood

Sentirsi capace e impegnato in qualcosa di significativo per sè



### COME POSSIAMO SUPPORTARE LA SODDISFAZIONE DI QUESTO BISOGNO?

- **Attività domestiche:** piegare, tagliare, lavare, spolverare, cucinare, aggiustare, riordinare, ....
- **Attività tempo libero:** hobbies, sport, interessi
- **Gestione oggetti personali:** sistemare i propri effetti personali, collocarli in posti noti
- **Cura di sé e dell'ambiente:** corpo, spazi personali, comuni, giardino, oggetti, luogo di vita
- **Partecipazione:** attiva o passiva

# Bisogni Emotivi Fondamentali della PCD:

## INCLUSIONE T. Kitwood



Sentirsi parte di un gruppo, comunità,  
accettato dall'altro.  
Relazioni sociali

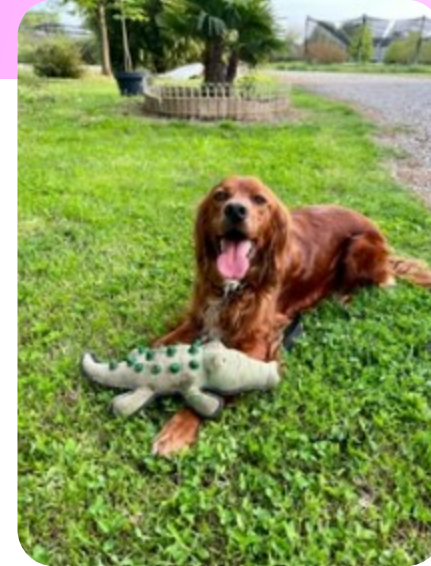
### COME POSSIAMO SUPPORTARE LA SODDISFAZIONE DI QUESTO BISOGNO?

- **Inclusione sociale:** invitare a partecipare
- **Ridere con:** umorismo, in modo rispettoso
- **Accettazione incondizionata:** includere nelle decisioni
- **Partecipazione ad attività:** piccoli gruppi, compiti specifici

# Bisogni Emotivi Fondamentali della PCD:

## AMORE T. Kitwood

Accettazione incondizionata dell'altro,  
espressione di sentimenti, felicità



### COME POSSIAMO SUPPORTARE LA SODDISFAZIONE DI QUESTO BISOGNO?

- **Contatto fisico/sguardo rassicurante**
- **Approccio non giudicante:** nonostante i comportamenti difficili
- **Empatia:** cercare di comprendere lo stato emotivo dell'altro e dargli valore

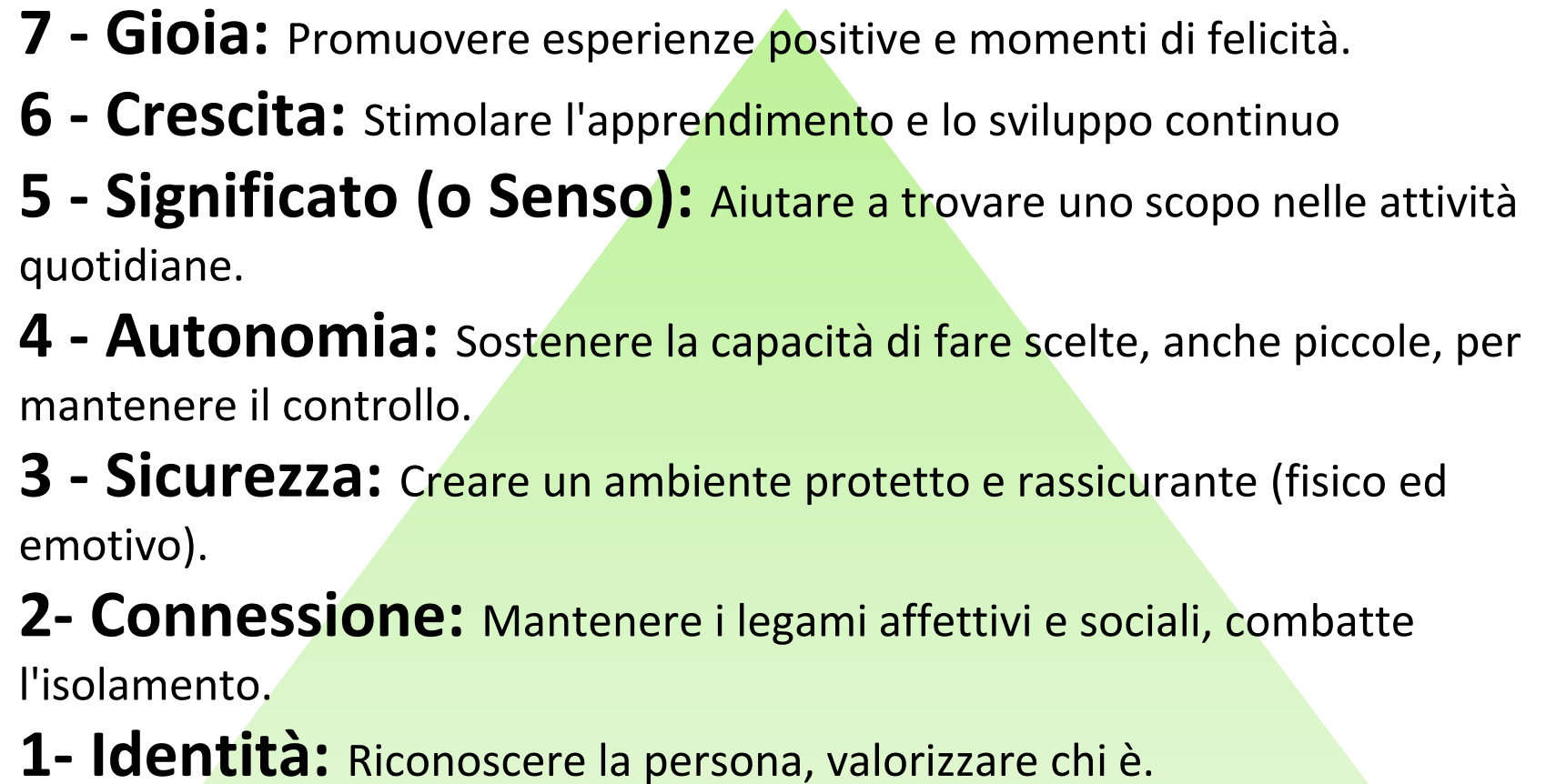
# COME RAGGIUNGERE IL BENESSERE?

Dementia  
Beyond  
Disease:  
Enhancing  
well-being

MODELLO DEL  
BENESSERE

Allen Power



- 
- 7 - Gioia:** Promuovere esperienze positive e momenti di felicità.
  - 6 - Crescita:** Stimolare l'apprendimento e lo sviluppo continuo
  - 5 - Significato (o Senso):** Aiutare a trovare uno scopo nelle attività quotidiane.
  - 4 - Autonomia:** Sostenere la capacità di fare scelte, anche piccole, per mantenere il controllo.
  - 3 - Sicurezza:** Creare un ambiente protetto e rassicurante (fisico ed emotivo).
  - 2 - Connessione:** Mantenere i legami affettivi e sociali, combatte l'isolamento.
  - 1 - Identità:** Riconoscere la persona, valorizzare chi è.

# PSICOLOGIA SOCIALE MALIGNA

---

= **stile di interazione**

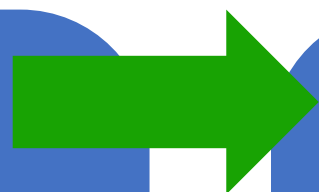
che causa **la riduzione dell'«essere persona»**

- Il modo con cui la persona è trattata dagli altri
- Dalle reazioni della persona verso il modo con cui è trattata dagli altri

# COMBATTERE LA PSICOLOGIA SOCIALE MALIGNA E' POSSIBILE?

## DAL FARE:

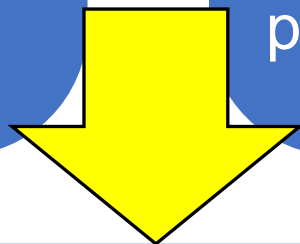
Programmi precostituiti o  
eccessivamente centrati  
sull'attività ed al suo  
risultato



## ALL' ESSERE:

Pensieri ed Emozioni.

Valorizzare lo spazio dedicato  
all'espressione di queste dimensioni  
psicologiche



# «MISURARE» IL COMPORTAMENTO:

## UTILE INDICATORE DI MONITORAGGIO NEL TEMPO

Durante la seduta del PAI

Prospettiva Biomedica

Strumenti: **scale validate** e note all'equipe  
es: NPI

### Neuropsychiatric Inventory (NPI)

(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J; *Neurology* 1994;44:2308-2314)

|                                             | N.A. | Frequenza (a)       | Gravità (b) | a x b | Distress                |
|---------------------------------------------|------|---------------------|-------------|-------|-------------------------|
| Deliri                                      | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Allucinazioni                               | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Agitazione                                  | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Depressione/disforia                        | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Ansia                                       | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Euforia/esaltazione                         | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Apatia/indifferenza                         | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Disinibizione                               | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Irritabilità/labilità                       | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Attività motoria                            | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Sonno                                       | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |
| Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione | [ ]  | [0] [1] [2] [3] [4] | [1] [2] [3] | _____ | [0] [1] [2] [3] [4] [5] |

Frequenza  
0=mai  
1=raramente  
2=talvolta  
3=frequentemente  
4=quasi costantemente

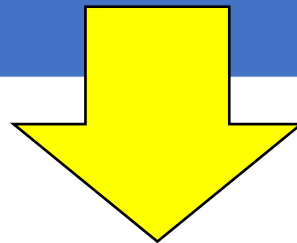
Gravità  
1=lievi (non producono disturbo al paziente).  
2=moderati (comportano disturbo per il paziente).  
3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico  
0= Nessuno  
1= Minimo  
2= Lieve  
3= Moderato  
4= Severo  
5= Grave

# COME comprendere il comportamento?

Quali domande mi posso fare?

- cosa può fare e cosa invece non riesce più a fare
- quali condizioni facilitano l'espressione delle abilità
- quali condizioni inibiscono le sue abilità



OSSERVARE IL COMPORTAMENTO



Cosa rispondo?

**«DOV'E' LA MIA MAMMA?  
DEVO ANDARE A CASA.  
MI DICI DOV'E' LA PORTA?**

Una signora che vive in una casa residenza frequentemente chiede di sua madre che è venuta a mancare già da molto tempo.

Gli operatori le hanno fornito moltissime risposte, fornito distrazioni sul luogo in cui potrebbe essere la mamma, ed anche provare a dirle che era deceduta.

Nulla di tutto questo ha fatto terminare le domande.

Un giorno un operatore le risponde:

-«*Mi dispiace che tu abbia perso tua mamma.*

-*Cosa ti farebbe lei se fosse qui?*

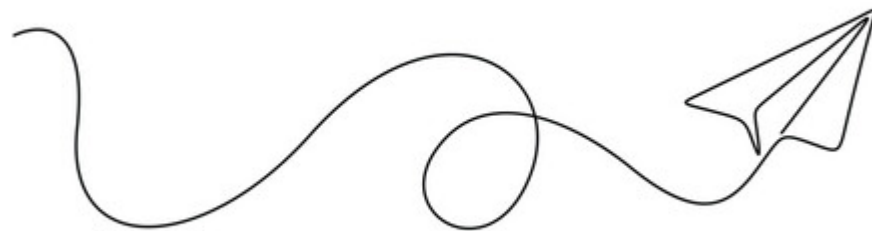
Senza esitare la signora rispose:

- «*Lei mi amerebbe molto*»

**QUALI  
SONO  
I BISOGNI  
PSICOLOGICI  
NON  
SODDISFATTI**



# APPROCCIO ALLA COMUNICAZIONE PCC



**QUALI ELEMENTI POSSONO RENDERE  
EFFICACE LA COMUNICAZIONE CON LA  
PERSONA CON DEMENZA?**



# LA COMUNICAZIONE VERBALE

## «FACILITANTE E CHE VALIDA LA PERSONA»

- ❖ **personalizzare la comunicazione** (fatti e persone del presente/ passato, linguaggio e riferimenti culturali appartenenti alla storia autobiografica della persona):
  - ❖ **adattare il lessico ed i contenuti in base alle capacità cognitive ed in particolare alla competenza linguistica** (frasi brevi e semplici, parlare lentamente, parlare di una cosa alla volta, usare frasi affermative)
  - ❖ **adattare lo stile ed il canale comunicativo** (ripetere, riassumere, richiamare, usare parole diverse, usare i nomi propri per riferirsi alle persone, parlare lentamente, dare suggerimenti, domande mirate, binarie, brevi e chiare, descrivere passo passo)
- 
- ❖ **Limitare gli ostacoli sensoriali** (deficit di vista e udito, protesi dentali):
  - ❖ **adattare l'ambiente** (rumore di fondo, distrazioni, buona illuminazione, confort, pochi oggetti, ordine)

# Cosa sarebbe meglio evitare:

---

- Dire «Non è vero» «è sbagliato» = razionalizzazione stigmatizzazione
- Fare troppe domande e aperte e modi di dire complessi = iperverbalizzazione rigida
- Fare fretta o interrompere = non dare spazio di espressione alla persona
- Usare modi di dire tipici dell'infanzia (baby talk) = infantilizzare

VISSUTO PSICOLOGICO: FRUSTRAZIONE

# **LA COMUNICAZIONE NON VERBALE SUPPORTIVA**

- ❖ **inflessione e tono della voce - espressione del volto - postura del corpo**
- ❖ **usare strumenti di supporto (foto, libri, musica e altri oggetti tangibili)**
- ❖ **approccio positivo**
- ❖ **usare l'umorismo!!!**
- ❖ **lasciare tempo di espressione**

# LA COMUNICAZIONE NON VERBALE SUPPORTIVA

- ❖ ascolto attivo
- ❖ confermare i vissuti emotivi
- ❖ Stabilire un contatto visivo
- ❖ Stabilire un contatto fisico delicato facendosi vedere
- ❖ Usate gesti, espressioni facciali e tono di voce per supportare le parole.
- ❖ Essere onesti perché le emozioni di chi parla vengono trasmesse!



# Guidelines for the ethical and inclusive communication about/portrayal of dementia and people with dementia

for the media, researchers, journalists, policy makers and anyone responsible for the portrayal of or communication about dementia

Alzheimer Europe, 2022

*«Il modo in cui rappresentiamo la demenza **attraverso parole e immagini** può influenzare il modo in cui pensiamo e trattiamo le persone affette da demenza.»*

# CONSAPEVOLEZZA

## «INTRAPERSONALE E INTERPERSONALE»

1. **COME VEDIAMO LE PCD?**
2. **COME INTERAGIAMO CON LA PCD?**

# CONSAPEVOLEZZA «OPERATIVA»

**CONSIDERIAMO IL BENESSERE?**

**COME VALUTIAMO IL COMPORTAMENTO?**

**CHI PRENDE PARTE ALLA DISCUSSIONE?**

# Il ruolo dell'ambiente che cura: l'impatto dell'ambiente fisico sulla gestione dei comportamenti

L'ambiente fisico nelle RSA non è un semplice contenitore neutro, ma un fattore attivo di cura. Per persone fragili, soprattutto con decadimento cognitivo, lo spazio può diventare fonte di sicurezza oppure di stress



# L'impatto dell'ambiente fisico sulla gestione dei comportamenti

*L'OMS sottolinea che:*

- ambienti fisici non adeguati aumentano disabilità, dipendenza e stress;*
- ambienti sociali poveri favoriscono isolamento, depressione e disturbi comportamentali;*
- la qualità dell'ambiente incide direttamente sulla qualità della vita e sull'uso (o abuso) di contenzioni e farmaci.*



# L'impatto dell'ambiente fisico sul comportamento



Può modulare direttamente  
FREQUENZA E/O INTENSITA' delle risposte  
comportamentali.

La persona con demenza può avere difficoltà nel:

- dare una corretta interpretazione alla terza dimensione  
(es: gradini)
- vedere ciò che è bianco o semitrasparente  
(es: piatto o tazza non colorati su tovaglia bianca)
- distinguere un oggetto dallo sfondo  
(es: soggetto umano dalla parete)
- interpretare le zone d'ombra e i colori scuri  
(es: pavimentazioni scure, ombre di oggetti sul pavimento chiaro)
- incapacità di riconoscere e identificare un oggetto  
(agnosia)  
e/o i volti (prosopagnosia)

# L'impatto dell'ambiente fisico sul comportamento

- Non è un semplice contenitore neutro!
- Risorsa
- Ostacolo



Cochrane Database of Systematic Reviews

Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people (Review)

Harrison SL, Dyer SM, Laver KE, Milte RK, Fleming R, Crotty M

*“Un ambiente non progettato per le persone con demenza può diventare confusivo, disorientante e, cosa ancora peggiore, riduce l'autonomia della persona e può diventare pericoloso”*

# L'impatto dell'ambiente fisico sul comportamento

## Caratteristiche dell'ambiente fisico «protesico»:

- ✓ **Comprensibile**
- ✓ **Prevedibile:**
- ✓ **Domestico:**
- ✓ **Sicuro**
- ✓ **Non restrittivo**

Approccio *Gentle Care* (Moyra Jones):

- 1) persona
- 2) ambiente
- 3) programmi di attività

L'ambiente come:

*“protesi invisibile che sostiene le capacità residue della persona”*

Una casa su misura: un libro per affrontare e superare gli ostacoli legati all'autonomia domestica delle persone con disabilità fisiche o cognitive



<https://www.ausl.mo.it/servizi-e-prestazioni/percorsi-di-cura-e-assistenza/disabilita/libro-una-casa-su-misura/>

# L'impatto dell'ambiente fisico sul comportamento

## Elementi chiave



### 1. Orientamento spazio-temporale:

- Segnaletica chiara (colori, simboli, fotografie)
- Oggetti personali nelle stanze
- Orologi e calendari ben visibili

➡ Favoriscono il senso di controllo e riducono ansia e disorientamento.

### 2. Stimoli sensoriali regolati

- Luce naturale adeguata
- Riduzione di rumori improvvisi e sovrastimolazione
- Colori caldi e contrastanti (non neutri e confondenti)

➡ Un eccesso di stimoli può generare agitazione; la loro assenza, apatia.

# L'impatto dell'ambiente fisico sul comportamento

## Elementi chiave

### 3. Spazi differenziati per funzione:

- Aree tranquille per il riposo
- Spazi per la socializzazione
- Zone per attività strutturate

➡ La mancanza di distinzione può aumentare stress e comportamenti disorganizzati.

### 4. Contatto con l'esterno e la natura

- Giardini protetti
- Percorsi sicuri per il cammino

➡ Migliorano umore, ritmo sonno-veglia e riducono irrequietezza motoria.

# L'ambiente non è solo fisico, anche sociale

Ambiente fisico e sociale non agiscono separatamente, ma si influenzano a vicenda:

- uno spazio accogliente favorisce relazioni positive;
- relazioni positive rendono l'ambiente più "abitabile";
- un ambiente freddo amplifica comportamenti problematici;
- un buon clima sociale può compensare limiti strutturali.



 Il comportamento disturbante spesso è una risposta all'ambiente, non una caratteristica della persona.

# Un Ambiente «Enabling» per le persone con demenza

- ✓ Sicuro
- ✓ Sostiene autonomia
- ✓ Permette la scelta di dove stare (mi rilasso vs voglio stare in compagnia?)
- ✓ Equilibrato
- ✓ Esteticamente bello e «facilmente leggibile»
- ✓ Simile a «casa»
- ✓ Personalizzato

Nella gestione dei disturbi comportamentali, l'ambiente rappresenta quindi **uno dei primi strumenti di intervento**, quotidiano, accessibile e condivisibile da tutti gli operatori.

👉 **Non sempre possiamo cambiare la malattia.**  
**Ma possiamo quasi sempre modificare l'ambiente.**

E spesso, modificando l'ambiente, **il comportamento cambia da solo.**

# Le attività significative

Strumento per dare significato all'esperienza  
giornaliera e all'identità delle persone!

Le linee guida ISS per la demenza raccomandano interventi personalizzati basati su un approccio multidisciplinare e non farmacologico, volti a mantenere l'autonomia e la qualità di vita del paziente. Le attività devono considerare i gusti personali, lo stadio della malattia e includere stimolazione cognitiva, attività motoria, socializzazione e supporto familiare



Diagnosi e trattamento  
di demenza e *Mild  
Cognitive Impairment*



# Le attività significative

Nelle RSA, le attività significative rappresentano uno degli strumenti più efficaci e meno invasivi per la prevenzione e la gestione dei disturbi comportamentali. Non si tratta semplicemente di “occupare il tempo”, ma di dare senso all’esperienza quotidiana della persona.

Review

## **Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers**

*No authors listed*

London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Jun.  
National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines.

PMID: 30011160 Bookshelf ID: NBK513207

Free Books & Documents

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2015).  
World report on ageing and health.

→ **Sottolinea il ruolo dell’attività significativa nel mantenimento dell’autonomia e della qualità della vita.**

National Institute for Health and Care Excellence (NICE).  
(2018).

→ **Raccomanda interventi non farmacologici, incluse attività personalizzate, come prima linea.**

# Quando è significativa un'attività?

- ✓ è coerente con la storia di vita della persona
- ✓ valorizza abilità residue
- ✓ produce coinvolgimento emotivo
- ✓ restituisce un senso di utilità, identità e appartenenza



Meta-Analysis > Am J Psychiatry. 2012 Sep;169(9):946-53. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11101529.

**Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia**

Henry Brodaty<sup>1</sup>, Caroline Arasaratnam

Affiliations + expand

PMID: 22952073 DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.11101529

→ **Le attività significative risultano più efficaci quando personalizzate**

# Attività significative e comportamento

I disturbi comportamentali e psicologici (agitazione, wandering, aggressività, apatia) possono essere conseguenti a vissuti emotivi di:

- noia
- frustrazione
- perdita di ruolo
- mancanza di stimoli adeguati
- difficoltà comunicative

*“Il comportamento disturbante è spesso l’espressione di una mancanza di significato nella vita quotidiana”*  
(Person Centred Approach - Tom Kitwood)

[Am J Alzheimers Dis Other Dement.](#) 2015 Sep;30(6):559-68. doi: 10.1177/15333317515576389. Epub 2015 Mar 18.

**Meaningful activity for persons with dementia: family caregiver perspectives**

Kaitlyn P Roland <sup>1</sup>, Neena L Chappell <sup>2</sup>

**→ Evidenza diretta sul concetto di attività significativa e riduzione dei disturbi comportamentali.**

# Caratteristiche positive delle attività:



- ✓ Personalizzate (non standardizzate)
- ✓ Adattate al livello cognitivo e fisico
- ✓ Semplici ma non infantilizzanti
- ✓ Inserite nella routine quotidiana
- ✓ Significative sul piano identitario

*Alcuni esempi in base a storia di vita attitudini preferenze e abilità residue:*

- *attività domestiche (piegare, apparecchiare)*
- *attività creative e manuali*
- *musica e canto*
- *reminiscenza guidata*
- *attività motorie dolci*
- *ruoli sociali simbolici*



# Implicazioni operative delle attività positive per l'èquipe:

- ✓ devono essere parte del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)
- ✓ richiedono discussione e parte attiva di tutte le figure professionali del team di lavoro
- ✓ coinvolgono anche familiari, amici, cittadini e volontari
- ✓ Impattano sull'impiego della contenzione fisica e farmacologica!



**Le attività significative sono parte della cura**

# Caratteristiche negative delle attività

- troppo complesse
- imposte
- non coerenti con la persona



Possono aumentare frustrazione; generare rifiuto o oppositività; amplificare il disagio



**Anche l'attività sbagliata può diventare fattore di rischio ambientale!**

# Le attività significative

Il ruolo delle attività significative nelle RSA è centrale perché:

- danno senso al tempo;
- sostengono identità e dignità;
- trasformano l'ambiente in spazio di vita;
- riducono i disturbi comportamentali agendo sulle cause, non solo sui sintomi.

👉 Curare attraverso le attività significa rispondere ai bisogni profondi della persona, non solo gestirne i comportamenti.



# Ambiente e attività: due strumenti di cura che lavorano insieme

## ◆ L'ambiente prepara

- riduce stress e disorientamento
- contiene e orienta
- rende possibile l'azione

## ◆ L'attività dà significato

- dà senso al tempo
- restituisce ruolo e identità
- sostiene il benessere emotivo

## ! Se non sono coerenti

- l'attività giusta nel luogo sbagliato → **rifiuto e agitazione**
- l'ambiente bello ma senza senso → **apatia e vuoto**

## ✓ Quando lavorano insieme

- meno disturbi comportamentali
- più partecipazione spontanea
- meno contenzione (fisica e farmacologica)



# Take home messages

- 1) Le manifestazioni comportamentali sono molto frequenti nelle persone con demenza e possono variare notevolmente da persona a persona e a seconda dello stadio di malattia
- 2) Osservare il comportamento e descriverlo correttamente
- 3) Conoscere la persona e la sua storia di vita offre spesso la chiave per la comprensione dei comportamenti e per mettere in atto approcci specializzati
- 4) Osservare la persona, quello che sta accadendo intorno a lei, o che è appena accaduto ci dà informazioni importanti per inquadrare la situazione

# Take home messages

- 5) molte manifestazioni comportamentali originano da disagi fisici (dolore, freddo, caldo, ritenzione urinaria, infezioni..)
- 6) le modalità di comunicazione con la persona con demenza hanno un ruolo importante nell'insorgenza di manifestazioni comportamentali
- 7) anche l'ambiente di vita gioca un ruolo importante nell'ambito del comportamento
- 8) la persona con demenza ha necessità essere considerata persona a tutti gli effetti, di poter essere in relazione con gli altri, di svolgere attività significative

# Grazie per l'attenzione!

Marina Turci

Annalisa Bonora

Glenda Garzetta

GERIATRIA TERRITORIALE - ASL MODENA

EMILIA ROMAGNA