



LE PATOLOGIE DELLE PERSONE ANZIANE

- 6 ottobre 2025 Bra
- 4 novembre 2025 Cortemilia
- 2 dicembre 2025 Alba



ore 17 – 18.30

**Dr. Pietro Piumetti – psicoterapeuta psicoanalista
docente di Psicologia Gerontologica c/o IUSTO**

LE PRINCIPALI PATOLOGIE DELLE PERSONE ANZIANE

Categoria	Patologie principali	Impatto
Neurodegenerative	Demenza (Alzheimer, vascolare, mista), Parkinson	Declino cognitivo, perdita di autonomia
Cardiovascolari	Ipertensione, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale	Rischio di ictus, affaticamento, cadute
Metaboliche	Diabete tipo 2, dislipidemie	Complicanze vascolari, neuropatie
Osteoarticolari	Osteoporosi, artrosi	Dolore, limitazione motoria, rischio fratture
Psichiatriche	Depressione, ansia, disturbi del sonno	Isolamento, peggioramento cognitivo
Sensoriali	Presbiacusia, cataratta, degenerazione maculare	Difficoltà comunicative e di orientamento

ALCUNI PREGIUDIZI SULL'INVECCHIAMENTO DA SMONTARE

- Non è vero che invecchiando il cervello non si rigenera
- Non è vero che invecchiando perdiamo tutta la memoria
- Non è vero che invecchiando diventiamo tutti dementi
- Non è vero che invecchiando si diventa tutti depressi
- Non è vero che l'anziano non serve



TRE RIDUZIONI NEI PROCESSI MENTALI DI TUTTI GLI ANZIANI



1

RIDUZIONE DELLA VELOCITA'

NELL'ELABORAZIONE
DELL'INFORMAZIONE
(SALTHOUSE 1985)

2

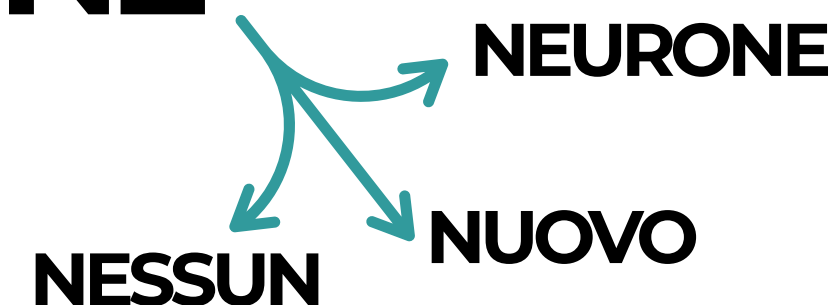
RIDUZIONE DELL'ENERGIA MENTALE

PER L'ELABORAZIONE
DELL'INFORMAZIONE,
IDENTIFICATA COME
MEMORIA DI LAVORO
(MILLER 1994);

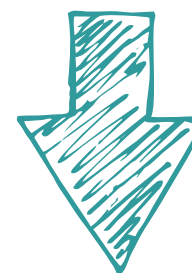
3

**RIDUZIONE
DELL'EFFICIENZA DEI
PROCESSI INIBITORI,**
QUINDI DIFFICOLTA' AD
INIBIRE L'INTERFERENZA
(HASHER E AL.2007).

È STATO SMANTELLATO IL MITO DELLE TRE ENNE



GLI STUDI DELLE NEUROSCIENZE HANNO SMANTELLATO IL SUDDETTO MITO.



I NEURONI CHE SCOMPAIONO IN UN ADULTO E IN UN ANZIANO **POSSONO ESSERE COMPENSATI DA ALTRI CHE SI VENGONO FORMANDO O RICOSTRUIENDO**
(BUONOMANO 1998 - GROSS 2000, ABROUS, KPOEHL & LE MOAL 2005)



**LA MEMORIA
SEMANTICA**

**LA MEMORIA
EMOTIVA**

**LA MEMORIA
PROCEDURALE**

LA POSITIVITÀ

**L'INTELLIGENZA
«CRISTALLIZZATA»**

LA SAGGEZZA

LA CREATIVITÀ

**IL CERVELLO
FUNZIONA IN DOPPIO**

**GLI ANZIANI "PERDONO
MENO LE STAFFE"**



CAMBIAMENTI COGNITIVI NELL'INVECCHIAMENTO

MEMORIA

- 👍 Normale: rallentamento nella memoria episodica e di lavoro
- ✗ Sotto la norma: dimenticanze frequenti, difficoltà a riconoscere volti o luoghi → possibile MCI o demenza

ATTENZIONE

- 👍 Normale: calo nella capacità di mantenere l'attenzione prolungata
- ✗ Sotto la norma: disorientamento, difficoltà a seguire conversazioni o compiti semplici

LINGUAGGIO

- 👍 Normale: rallentamento nel recupero delle parole (tip-of-the-tongue)
- ✗ Sotto la norma: discorsi incoerenti, difficoltà a comprendere o formulare frasi → possibile afasia

FUNZIONI ESECUTIVE

- 👍 Normale: maggiore lentezza nel problem solving e nella flessibilità mentale
- ✗ Sotto la norma: incapacità di pianificare, organizzare, prendere decisioni → impatto sull'autonomia

CAPACITÀ VISUO-SPAZIALI

- 👍 Normale: lieve difficoltà nell'orientamento
- ✗ Sotto la norma: confusione negli spazi familiari, difficoltà a riconoscere oggetti → segnale precoce di Alzheimer



LA DEMENZA

La dizione **deterioramento neurocognitivo cronico-progressivo** è certamente il miglior sinonimo del termine demenza, e già propone una sorta di definizione della stessa.

DEMENZA: QUADRO CLINICO

➤ DECLINO COGNITIVO

- Perdita di memoria
- Disorientamento S-T
- Afasia
- Aprassia
- Agnosia
- Difficoltà delle funzioni esecutive

➤ DISTURBI COMPORTAMENTALI

- Oscillazioni dell'umore
- Alterazioni personalità
- Psicosi
- Agitazione
- Vagabondaggio
- Sintomi neurovegetativi

➤ COMPROMISSIONE FUNZIONALE

- ADL
- IADL

MALATTIA DI ALZHEIMER

PRINCIPALI LIMITI PSICOLOGICI

Amnesia: perdita significativa della memoria

Afasia: problemi di linguaggio

Aprassia: difficoltà a compiere i movimenti

Agnosia: incapacità a riconoscere persone, cose, luoghi

Disorientamento nel tempo e nello spazio

QUESTI LIMITI POSSONO DETERMINARE

- La persona non finisce il discorso
- Utilizzo di parole passe-partout
- Difficoltà a svolgere due azioni insieme
- Limitazione del campo visivo-attentivo
- Ipersensibilità acustica
- Disorientamento nello spazio
- Confusione nel tempo
- Difficoltà a coordinare i movimenti.
- Stati d'ansia, agitazione, vagabondaggio, aggressività...

PRINCIPALI TIPI DI DEMENZA

MORBO DI ALZHEIMER

La forma più comune di demenza: progressiva perdita di memoria, orientamento e linguaggio
Associata a placche di beta-amiloide e grovigli di tau

DEMENTIA VASCOLARE

Causata da problemi circolatori cerebrali (ictus, ischemie) con sintomi variabili: difficoltà cognitive, rallentamento mentale
Spesso coesiste con Alzheimer

DEMENTIA FRONTOTEMPORALE (FTD)

Colpisce i lobi frontali e temporali
Cambiamenti comportamentali, linguaggio e personalità
Insorge spesso in età più giovane (45-65 anni)

DEMENTIA DA CORPI DI LEWY

Allucinazioni visive precoci
Fluttuazioni cognitive e parkinsonismo
Presenza di corpi di Lewy nelle cellule cerebrali

DEMENTIA DA PARKINSON

Compare in fase avanzata della malattia di Parkinson
Deficit esecutivi, attenzione e memoria

COSA FARE?

1) TERAPIA DI ORIENTAMENTO ALLA REALTÀ

La ROT mira a mantenere il contatto con la realtà attraverso stimoli ripetuti e coerenti.



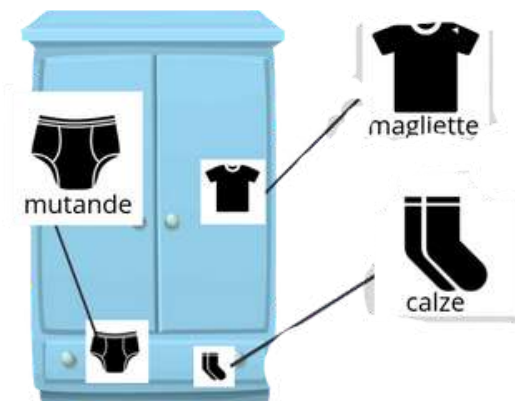
USA CALENDARI E OROLOGI BEN VISIBILI:

aiutano a mantenere la percezione del tempo.



RIPETI INFORMAZIONI CHIARE CON GENTILEZZA

nome, luogo, giorno



ETICHETTA AMBIENTI E OGGETTI:

“bagno”, “cucina”,
“armadio” con scritte
e immagini.



COINVOLGI LA PERSONA

in conversazioni sul
presente: meteo,
attività del giorno



EVITA AMBIENTI TROPPO MUTEVOLI

la stabilità visiva
aiuta
l'orientamento.

Nota: ROT è più efficace nelle fasi iniziali della demenza. In stadi avanzati può generare frustrazione.

2) VALIDATION THERAPY

Il Metodo Validation è una **tecnica di comunicazione** con e per le persone disorientate – confuse (affette da demenza), ideata intorno agli anni '80 da NAOMI FEIL.

- Aiuta a **ridurre lo stress, a mantenere la dignità e il benessere dell'anziano**.
- è basata su un atteggiamento di tipo “convalidante”, che parte dal presupposto che **ciò che l'anziano vive dentro di sé è la sua realtà e va accettata**, condivisa e riconosciuta.

Validation utilizza l'empatia per aiutare il familiare/caregiver a sintonizzarsi sulla stessa lunghezza d'onda dell'anziano, il quale si sentirà preso in considerazione e capito.

Si accetta senza correggere, si mantengono il contatto visivo, un tono rassicurante e non si contraddice. Si stimolano ricordi positivi.

“

NAOMI FEIL INDIVIDUA 4 STADI:

- DISTURBI DELL'ORIENTAMENTO
- CONFUSIONE TEMPORALE
- MOVIMENTI RIPETITIVI
- VITA VEGETATIVA

”



3) IL CONVERSAZIONALISMO DI LAI

Per Lai il mondo del demente è caratterizzato da **frammenti**, uno accanto all'altro.

Con il demente **si può conversare** (conserva le parole e la grammatica) **non ragionare** (non conserva la logica, il suo è un sapere affettivo).
Posso decidere di stare con il malato dove lui mi vuole portare.

Lai propone **incontri brevi di 15 minuti** a cadenza settimanale dove:

- Individuare e restituire il motivo narrato
- Evitare l'uso di domande frustranti
- Ampliare i concetti esposti anche se incoerenti



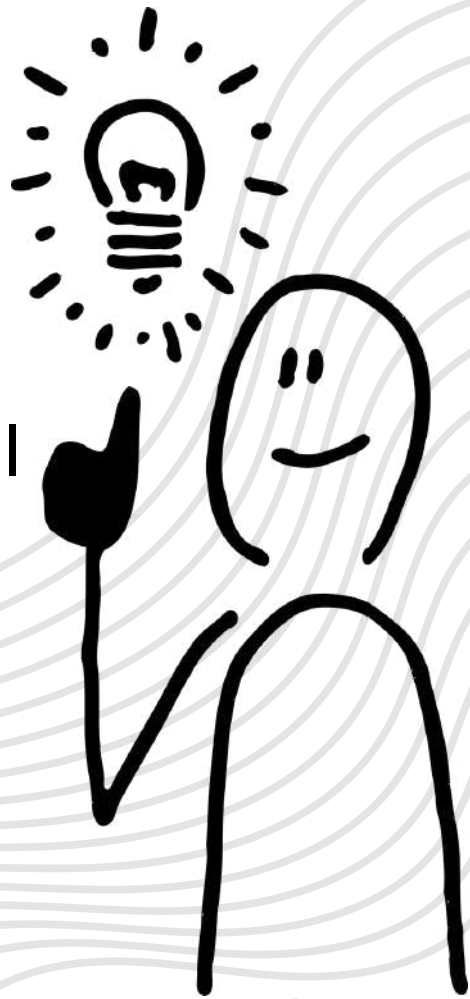
4) GENTLE CARE (Moyra Jones)

Un approccio che mette al centro la persona, adattando l'ambiente e la routine.

- Crea una **routine prevedibile** e rassicurante.
- Offri **scelte** semplici: "Preferisci il tè o il succo?"
- Mantieni un **ambiente personalizzato** con oggetti cari.
- **Semplifica** le attività in piccoli passaggi.
- **Favorisci l'autonomia** dove possibile, anche in gesti minimi.
- **Illumina** bene gli spazi, evitando ombre e zone buie.
- **Elimina ostacoli** e oggetti pericolosi.
- Usa **colori contrastanti** per facilitare l'orientamento.
- Crea **angoli familiari** con foto, musica, oggetti significativi.
- Stimola con **attività semplici**: piegare panni, annaffiare piante.



5) TERAPIA OCCUPAZIONALE



OBIETTIVO

Mantenere l'autonomia nelle ADL il più a lungo possibile; contenere il decadimento fisico e mentale; stimolare interessi e motivare



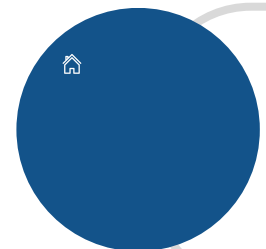
AREE DI INTERVENTO

Attività vita quotidiana e ambiente



ATTIVITÀ VITA QUOTIDIANA

Alimentazione; vestizione; prendersi cura di sé; cucinare (ricette di una volta); cucire; fare maglia; disegnare; leggere; sfogliare giornali; giocare; ricordare vecchi detti, filastrocche, proverbi; curare l'orto; socializzare, musica, ballo; godere il dolce far niente



AMBIENTE PROTESICO

Adattarlo al soggetto e facilitare l'orientamento, evitando pericoli

NOTA BENE

LE ATTIVITÀ DOVREBBERO STIMOLARE I 5 SENSI, ESSERE BREVI E RIPETUTE (PER LA RIDUZIONE DELL'ATTENZIONE), ESSERE INIZIATE DAL CAREGIVER E ADATTATE AGLI INTERESSI INDIVIDUALI.

6) GESTIONE DI COMPORTAMENTI DIFFICILI



AGGRESSIVITÀ

- Mantieni la calma: non reagire con rabbia.
- Allontanati se necessario, ma senza abbandonare.
- Cerca la causa: dolore, frustrazione, confusione?
- Distrai con un'attività piacevole o un cambio di ambiente.
- Evita il contatto fisico forzato: può aumentare l'aggressività.

ANGOSCIA E ANSIÀ

- Usa un tono calmo e rassicurante.
- Riduci stimoli ambientali: rumori, luci forti, confusione.
- Offri oggetti di conforto: una coperta, una foto, un peluche.
- Accompagna con gesti lenti e parole semplici.
- Se possibile, anticipa le situazioni stressanti (es. visite mediche)

DEPRESSIONE

- Offri compagnia e ascolto, anche in silenzio.
- Stimola con musica, ricordi, foto.
- Mantieni una routine regolare, con piccoli obiettivi.
- Evita frasi come "Dai, su con la vita": non aiutano.
- Coinvolgi la persona in attività che danno senso e ruolo.

DELIRI E ALLUCINAZIONI

- Non contraddire: entra nel vissuto della persona.
- Rassicura senza alimentare il delirio: "Sei al sicuro qui".
- Cambia argomento con delicatezza.
- Osserva se ci sono fattori scatenanti (farmaci, luci, stanchezza).
- Consulta il medico se i deliri sono frequenti o disturbanti

7) QUALE SUPPORTO PER IL CAREGIVER?

I SEI PILASTRI DELLA PALESTRA DI VITA



1. **PENSARE POSITIVO** (formula della felicità; vivere nel presente; fare la pace col passato; essere speranzosi del futuro; creatività; resilienza; mettersi in gioco; altruismo; darsi obiettivi; ridere; curare l'ambiente; curare la rete; abbracciare; risultati: ci si ammala di meno, allunga la vita)
2. **PRATICARE UNO STILE DI VITA SANO E IMPEGNATO** (allenamento mentale (variare); allenamento fisico (almeno 30 min al giorno di camminata); alimentazione sana (mangiare poco e vario allunga la vita); sole; aria aperta)
3. **CERCARE LA CALMA** (Mindfulness, consapevolezza, qui e ora; respirazione profonda; cronoterapia; convivere con l'ansia; dormire almeno 7 ore; riposare)
4. **COMUNICARE BENE** (semplicità; chiarezza; sintesi; ascolto; rispetto; mediazione/ compromessi; positività; gentilezza; GAB)
5. **ACCETTARE LA MANCANZA** (transitare dall'Io al Noi)
6. **RICONOSCERE IL BISOGNO DI DOMICILIARITÀ** (in particolare per le persone «fragili» : è importante creare un contesto dotato di senso (ambiente, relazioni, affetti, etc) che ci consentono di non perdersi)

"...OGNI ETÀ DELLA VITA È PESANTE PER CHI NON TROVA IN SÉ
QUALCOSA CHE LO AIUTI A VIVERE FELICEMENTE..." CICERONE

•••••

GRAZIE PER L'ASCOLTO!

BIBLIOGRAFIA

- VIVERE È UN'ARTE: MANUALE DI PSICOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO, Piumetti P., Editore Effatà, Pinerolo (To) 2014
- VIVERE BENE SI PUO': 50 RICETTE PSICOLOGICHE PRONTE PER L'USO, Piumetti P., Editore Effatà, Pinerolo (To) 2016
- IL METODO PALESTRA DI VITA: UN ALLENAMENTO PER LA MENTE E IL CORPO. UNA NUOVA VISIONE DELLA VECCHIAIA Piumetti P., Rao S., Andreis G., Editore Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna (RN)

•••••