

VIVERE CON...

L'ALZHEIMER

- COS'È
- COME SI RICONOSCE
- LE CAUSE
- COSA FARE
- FAMIGLIA E SOCIETÀ



EMETRA



ALZHEIMER ITALIA®

La forza di non essere soli

Antonio Guaita, Bianca Maria Petrucci

VIVERE CON...
L'ALZHEIMER

 DEMETRA

 **ALZHEIMER ITALIA®**
La forza di non essere soli

www.giunti.it

© 2021 Giunti Editore S.p.A.
Via Bolognese 165 - 50139 Firenze - Italia
Via G.B. Pirelli 30 - 20124 Milano - Italia

ISBN: 9788844077334

Prima edizione digitale: ottobre 2021



INDICE

PRESENTAZIONE	5
PARTE 1	
L'INASPETTATA NECESSITÀ DI ASSISTERE UNA PERSONA CON DEMENZA	7
COSA SI INTENDE QUANDO SI PARLA DI “DEMENTIA” E DI “MALATTIA DI ALZHEIMER”	9
LA MALATTIA DI ALZHEIMER: ANDAMENTO DEL QUADRO CLINICO	13
LA SCARSA EFFICACIA DELLE CURE FARMACOLOGICHE	21
AL DI LÀ DEI FARMACI, SI PUÒ FARE MOLTO	25
La malattia progredisce: cambiano i bisogni di sostegno e intervento	26
La modificazione delle relazioni sensoriali del malato con l'ambiente	30
PROBLEMI SPECIFICI NELL'EVOLUZIONE DEI SINTOMI DEI MALATI DI ALZHEIMER E ALTRE DEMENTIE	39
Il tempo	39
Il dimagrimento involontario	41
LA FASE GRAVE E TERMINALE DELLA MALATTIA	43
Evoluzione clinica della fase grave e terminale della demenza	43
Le barriere alla visione della demenza come malattia terminale	46
La morte della persona con demenza	47
CONCLUSIONI: PUNTI CHIAVE DA RICORDARE	51

PARTE 2

LE ATTIVITÀ FOCALIZZATE NELLA CURA E L'ASSISTENZA DELLA DEMENZA	53
Definizione della cura finalizzata all'attività per la persona con demenza	53
Le attività per un essere umano	55
LE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA PER LA PERSONA CON DEMENZA	63
Guida generale per l'introduzione delle attività giornaliere	63
La comunicazione durante le attività quotidiane	65
La storia e il profilo personale	76
Adattare l'attività	79
LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE PERSONALI: ADATTAMENTI E SUGGERIMENTI	87
L'alimentazione e il momento del pasto	87
L'alimentazione durante gli stadi della demenza	94
L'abbigliamento	101
L'attività igienica	114
L'AMBIENTE DOMESTICO	135
LE ATTIVITÀ RICREATIVE E LUDICHE	147
Esempi di attività per deficit cognitivi e fisici	147
ESEMPI DI ATTIVITÀ	149
L'attività di cucina	149
Esercizi fisici	153
BIBLIOGRAFIA	155

PRESENTAZIONE

Di un manuale come questo, che tratta di come affrontare le conseguenze della malattia di Alzheimer in una prima parte dedicata agli aspetti medici e una seconda dedicata alla vita quotidiana e alle attività, si sentiva il bisogno. I malati di Alzheimer, come i malati di altre demenze, e soprattutto i loro famigliari si trovano ogni giorno, anzi ogni ora, di fronte a problemi da affrontare, quasi sempre senza poter avere un aiuto, un consiglio o un parere da un esperto. Questa “solitudine” di chi vive il dramma della malattia e di chi se ne prende cura è uno degli aspetti a più forte impatto negativo sulle persone coinvolte, tanto che una delle prime iniziative che la “Federazione Alzheimer” ha messo in atto è stata “Pronto Alzheimer”, una linea telefonica accessibile per chi ha bisogno di informazioni o consigli.

Vi è la solitudine dovuta al diradarsi delle visite degli amici e parenti, il progressivo allontanamento dalla vita sociale che accompagna l'aggravarsi della malattia. Anche questo è dovuto in larga parte alla sensazione di inadeguatezza di chi si trova di fronte ad un malato di demenza e alla incapacità a confrontarsi con le difficoltà ad entrare in contatto utile con lui. Il “non sapere” aumenta in tutti le ansie e i timori, ma anche il pesante stigma negativo che circonda i malati di Alzheimer, come di altre demenze. Uno dei compiti che la “Federazione Alzheimer” si è posta e si pone è proprio quello di diffondere conoscenza al di fuori degli ambienti specialistici, perché sapere di più è il passo più importante per superare l'esclusione sociale e relazionale di cui soffrono malati e famigliari. Al miglioramento di questi aspetti un “manuale” come questo può dare un contributo importante. Ma vi è anche un'altra “solitudine”, quella di chi si trova a dover assistere un congiunto con la demenza che pone sempre nuovi problemi cui non si sa se si sta rispondendo nel miglior modo o se si poteva fare meglio e di più. Il medico di famiglia può chiarire la natura della malattia e anche dei problemi che comporta ma difficilmente può aiutare negli aspetti dell'assistenza quotidiana, del modo di affrontare la “giornata” del malato. Anche le strutture ambulatoriali specialistiche dedicate, come il cosiddetto CDCD (Centro Deterioramento Cognitivo e Demenze), al di là delle dichiarazioni

ni teoriche, hanno funzioni soprattutto diagnostiche e di erogazione di farmaci, mentre praticamente non esistono strutture di “counseling” per malati e famigliari che li seguano nella fase post-diagnostica, che può durare molti anni ed è la più stressante.

Questo manuale è soprattutto uno strumento per chi si prende cura di una persona con demenza, utilissimo proprio perché parte dalla realtà quotidiana. Nella prima parte viene chiarita la natura della malattia e i sintomi che comporta, non solo con elencazioni descrittive ma fornendo un punto di vista interpretativo sui problemi. In modo emblematico questo viene applicato ai disturbi del comportamento, che si viene invitati a considerare un “linguaggio” con cui il malato spiega il suo disagio. A partire da ciò vengono forniti suggerimenti per tradurre in pratica questo approccio, in ogni fase della malattia, compresi gli stadi gravi e di fine vita. Nella seconda parte vi è una rassegna completa del rapporto fra la persona, i compiti quotidiani, i deficit che insorgono come conseguenza della malattia, con tanti consigli su come intervenire. Non esiste nulla di così completo su questi aspetti, scritto in modo che tutti possano capire e avere indicazioni su come agire. Questa parte tratta delle attività, del loro significato per la persona e di come il loro rapporto viene modificato dalla demenza. Inoltre, come momento introduttivo al “fare”, vi è una riflessione sulla comunicazione con la persona che aiuta a capire l'importanza di cose in apparenza banali, di cui quasi non ci accorgiamo (mangiare, muoversi, vestirsi...) ma che recuperano tutta la loro centralità nel momento in cui le perdiamo. Viene poi sottolineata, stanza per stanza, l'importanza dell'ambiente e del contesto in cui si vive. A partire da questo, si propongono attività strumentali, come cucinare o governare la casa, e attività ludiche e creative, che possono migliorare la qualità di vita. Questo manuale, insomma, può essere una lettura utile, interessante e piacevole, ma può anche essere un libro di consultazione, da utilizzare per cercare informazioni e consigli. Spesso si sente dire: “è malato di Alzheimer, non c'è nulla da fare”, questo libro porta all'opposto a poter dire “è malato di Alzheimer, c'è moltissimo da fare”.

Gabriella Salvini Porro,
Presidente Federazione Alzheimer Italia

PARTE 1

L'INASPETTATA NECESSITÀ DI ASSISTERE UNA PERSONA CON DEMENZA

Dati sulla diffusione del caregiving in relazione alla diffusione della patologia.

“**C**i sono quattro tipologie di persone in questo mondo: quelli che sono stati caregiver, quelli che attualmente sono caregiver, quelli che lo saranno e infine quelli che ne avranno bisogno.” Lo scriveva Rosalynn Carter, moglie dell'allora presidente degli Stati Uniti.¹

Chi si trova, generalmente senza averlo previsto, a dover assistere un proprio familiare non autosufficiente vive un senso di pesante solitudine. Ma si tratta di una “solitudine affollata” perché, secondo un'indagine ISTAT, condotta nel 2015,² in Italia i caregiver dai 25 anni in su sono 6.900.000, soprattutto donne (57%) e in gran parte concentrati nella fascia di età dai 45 ai 64 anni (3.884.000 pari al 53% del totale). Molti sono anche i familiari che prestano assistenza con più di 65 anni (1.362.000 pari al 18,6%) e in un caso su quattro dedicano alla persona malata più di 20 ore a settimana. Una parte sempre più importante di queste persone biso-

— —

¹ Il termine ormai universalmente usato per indicare chi assiste una persona bisognosa di cura è quello inglese di *caregiver*, letteralmente “prestatori di cura”, e come tale lo usa anche la normativa italiana. Lo si utilizzerà quindi anche qui.

² <https://www.istat.it/it/archivio/204655>. ISTAT 2017 - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea - Indagine EHIS 2015 (periodo ottobre - dicembre 2015).

gnose di cure quotidiane è rappresentata da soggetti affetti da demenza: sono più di un milione, per la maggior parte di età maggiore di 75 anni, un numero che nei prossimi trent'anni potrebbe anche triplicare.³ I caregiver in Italia sono quasi esclusivamente i familiari stretti, figlie e figli in maggioranza (53,5%), oppure coniugi (37%); soprattutto si tratta di figlie e di mogli, anche se la quota di maschi caregiver, perlopiù mariti, non è trascurabile (22%).⁴

— —
³ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto.

⁴ Ketty Vaccaro, "Cittadini come gli altri? La condizione dei malati di Alzheimer e dei loro caregiver", in Guaita A., Trabucchi M., *Le demenze, la cura e le cure*, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna, 2016, pp. 283 - 291.

COSA SI INTENDE QUANDO SI PARLA DI “DEMENTZA” E DI “MALATTIA DI ALZHEIMER”

Si spiega perché i medici usano ambedue i termini, che però indicano cose diverse: la demenza è una sindrome (cioè un insieme di sintomi) che ha molte cause, fra cui la principale è la malattia di Alzheimer. Si illustrano i criteri con cui si definiscono sia la diagnosi di sindrome che quella di malattia, tenendo anche in considerazione che vi sono altre patologie che causano demenza, principalmente vascolari, come quella a corpi di Lewy e quella frontotemporale.

I termini “demenza” e “malattia di Alzheimer” vengono spesso intesi come la stessa cosa e comunque per molte persone non è facile capire la differenza, che pure c'è ed è importante.

Con il termine “demenza” i medici non indicano una malattia, ma solo un insieme di sintomi che derivano dalla sofferenza delle funzioni cerebrali superiori e che si trovano spesso accomunati a prescindere da possibili cause diverse. In termini tecnici è quindi una “sindrome”, cioè appunto un insieme di sintomi. Ma è più facile capirlo vedendo i criteri che si sono adottati in tutto il mondo per far sì che quando si usa la parola “demenza”, si intenda tutta la stessa cosa. Sono quattro criteri principali:

- a. Vi è una dimostrabile perdita di funzioni cognitive, come memoria, orientamento spazio-temporale, capacità di programmazione, esecuzione e ragionamento (vedi Tabella 1 a p. 18).
- b. Questa perdita è di entità tale da interferire con le attività della vita quotidiana, riducendo l'autonomia della persona e il suo ruolo sociale e professionale.

- c. Il deficit non è spiegabile con definite malattie somatiche o psichiche (ad esempio: disfunzioni tiroidee, carenze vitaminiche gravi, depressione).
- d. Lo stato di coscienza non è alterato (ad esempio: il paziente non è in coma, non è in stato confusionale per febbre alta).

Il medico quindi, una volta accertato che vi è una demenza, deve cercare di individuarne la causa: questo insieme di sintomi infatti può avere molte cause, ma la principale è appunto la malattia di Alzheimer. Accertare che vi è la malattia di Alzheimer come causa non è facile, tanto che si parla sempre di malattia di Alzheimer “probabile”. In pratica si va per esclusione per cui, una volta eliminate altre possibili cause, ci si orienta per la diagnosi di Alzheimer. Mentre la diagnosi “certa” è possibile solo con un esame del cervello *post mortem*, da tempo vi sono in uso clinico dei criteri di “probabilità” per diagnosticare la malattia di Alzheimer:

- a. Esiste una demenza stabilita mediante esame clinico e neuropsicologico.
- b. I disturbi cognitivi devono essere progressivi ed essere presenti in due o più aree cognitive.
- c. L'insorgenza dei deficit è stata compresa tra i 40 e i 90 anni.
- d. Sono assenti altre malattie in grado di produrre una sindrome da demenza.

Altri criteri sono solo di “possibilità”:

- a. Esiste una sindrome da demenza, anche se con esordio, presentazione o progressione atipici.
- b. Non è stata accertata una causa.
- c. Si ritiene che all'origine di essa non vi siano malattie in grado di produrre demenza.

Infine altri criteri ancora rendono “improbabile” la malattia di Alzheimer:

- a. Il paziente presenta una sindrome di demenza con un esordio improvviso e non progressivo.
- b. Sono evidenti dei segni di deficit neurologico di funzioni specifiche del cervello.
- c. Nelle prime fasi della malattia si manifestano convulsioni o disturbi dell'andatura.

In pratica il medico deve innanzitutto dimostrare che vi è stata, rispetto a prima, una perdita di funzioni cognitive, e tutto ciò deve essere accertato attraverso dei test neuropsicologici. Il primo passo, con un semplice test di poche domande, può essere fatto dal medico, ma se vi sono dei dubbi è necessario sottoporre il paziente a una visita specialistica e a una serie di test neuropsicologici (vedi l'elenco delle funzioni cognitive nella Tabella 1).

Nel nostro Paese i centri specialistici per queste diagnosi si chiamano Centri Deterioramento Cognitivo e Demenze (CDCD); a questi si accede tramite richiesta del proprio medico di famiglia. Sono presenti in tutta Italia anche se la loro distribuzione non è uniforme su tutto il territorio⁵ e sono spesso gravati da liste di attesa. Qui verranno richiesti degli esami ematici, per escludere patologie che possano spiegare il deficit cognitivo, e anche una TAC, o meglio una risonanza magnetica cerebrale. Contrariamente a quanto molti pensano, ciò non viene fatto per avere la conferma della diagnosi, ma solo per escludere la presenza di patologie (tumori, ematomi cerebrali, idrocefalo normoteso) e avere un quadro della situazione vascolare. Durante la visita è comunque sempre importante che siano presenti dei conviventi, perché l'altro dato che il medico o lo specialista devono accertare è il livello di autonomia del soggetto nella vita quotidiana. Se infatti è presente un lieve deficit cognitivo senza che questo riduca l'autonomia, non si può diagnosticare una demenza, ma solo un "deterioramento cognitivo lieve" o "disturbo neurocognitivo minore". Questa è una condizione che può precedere la demenza, ma che può rimanere stabile o migliorare, anche se dopo cinque anni la maggioranza delle persone sviluppa una demenza e la quota di coloro che migliorano è molto bassa.

Oggi vi sono importanti novità legate al progresso della medicina e delle possibilità diagnostiche per arrivare a definire meglio la causa della demenza (attualmente invece di "demenza" si suggerisce di usare il termine "disturbo neurocognitivo maggiore", secondo la definizione del manuale

— —
⁵ Si possono facilmente trovare su: <https://demenze.iss.it/mappaservizi/> dove è presente una mappa regionale dei CDCD.

diagnostico statistico DSM-5). In caso di difficoltà o di dubbi si può essere infatti aiutati a distinguere la malattia di Alzheimer da altre cause di demenza con:

- » Una serie ripetuta di risonanze magnetiche che dimostrano il progressivo ridursi di un'area del lobo temporale del cervello, chiamata "ippocampo" per la sua forma che ricorda il cavalluccio marino.
- » L'esecuzione di test scintigrafici cerebrali che mettono in evidenza la funzione delle diverse aree. La PET (Tomografia a Emissione di Positroni) è il principale di questi.
- » Un esame del liquor attraverso una puntura lombare.

Va ribadito che questi esami non si fanno per decidere se uno ha o meno una demenza (cosa che si fa con l'esame clinico e i test neuropsicologici), ma per aumentare la probabilità di accertare che la causa della demenza sia la malattia di Alzheimer. Infatti vi sono altre cause possibili a volte difficili da distinguere:

- » Demenze frontotemporali: in genere in età presenile, con un quadro clinico dove spesso la memoria non è il primo deficit segnalato, ma lo è il linguaggio e il cambiamento della personalità e del comportamento.
- » Demenze a corpi di Lewy: in questo caso si associano disturbi meno frequenti nella malattia di Alzheimer, come le difficoltà di movimento precoci (equilibrio, tremore, facilità alle cadute), disturbi particolari del sonno, allucinazioni e una variabilità comportamentale accentuata.

Vi sono meno dubbi rispetto a demenze che si instaurano improvvisamente dopo eventi cerebrovascolari importanti (emorragie o trombosi cerebrali). La loro frequenza è molto minore rispetto alla malattia di Alzheimer.

LA MALATTIA DI ALZHEIMER: ANDAMENTO DEL QUADRO CLINICO

Come esordisce, quanto dura in media, qual è l'evoluzione dei sintomi, le fasi: iniziale, lieve, moderata, severa e grave.

La malattia di Alzheimer è la più diffusa e quella più emblematica delle demenze degenerative, ma ha un inizio di solito subdolo e progressivo. Poiché colpisce più spesso le persone anziane, i primi sintomi vengono attribuiti all'età e non è facile distinguere ciò che succede a molte persone invecchiando e ciò che invece è l'inizio di questa malattia. Infatti anche nell'invecchiamento "normale" vi può essere una certa diminuzione di funzioni cognitive, come la memoria cosiddetta "episodica" cioè delle cose che ci accadono, specie quelle recenti.

Non esiste un modo "facile" per distinguere bene le due situazioni nelle fasi iniziali e lievi, per cui in caso di dubbi persistenti è bene rivolgersi al medico, che potrà fare una prima valutazione decidendo se è il caso o meno di approfondire la natura dei sintomi e di inviare a una valutazione specialistica.

Molte persone lamentano perdite di memoria che non esistono: è il caso di chi dice ad esempio che mette via delle cose e poi non ricorda dove. In questi casi può concorrere anche la perdita della memoria, ma più spesso la causa è aver agito in modo automatico: il fatto non è mai "entrato" nella memoria perché irrilevante (facciamo una cosa pensando in realtà ad altro). Diverso è se una persona dimentica un appuntamento importante, oppure un'intera sequenza di azioni: ad esempio va a fare la spesa due volte ricomprando le stesse cose, oppure fa acquisti incongrui. Non ricordare il nome di una persona che abbiamo riconosciuto è abbastanza normale; non riconoscere una persona amica o un parente è francamente patologico.

Per comprendere meglio qual è lo stato della memoria e delle altre funzioni cognitive è spesso utile una valutazione neuropsicologica, che consiste in un colloquio e nell'eseguire dei test psicologici appositamente studiati per esplorare le varie funzioni psichiche e quantificarne l'efficienza o il deficit. Di solito si tratta di una seduta con lo psicologo della durata di circa un'ora e mezza, dove si alternano i test per la memoria (diversi tipi), il linguaggio, l'attenzione, il ragionamento e la capacità di programmazione ed esecuzione di compiti verbali e visivo spaziali (ad esempio: dire tutti i nomi di animali che vengono in mente e riprodurre un disegno complesso).

Un altro elemento che spesso rende difficile capire qual è la portata del problema è la presenza di un'alterazione del tono dell'umore, cioè della depressione, una condizione che può essere presente con una certa frequenza in età avanzata. Infatti le persone depresse perdono interesse verso il mondo che le circonda e quindi dimenticano di più e non prendono iniziative, per il calo della motivazione.

In questi casi la terapia farmacologica con gli antidepressivi prescritti dal medico può portare a miglioramenti consistenti anche dei sintomi cognitivi. Occorre però fare attenzione e seguire i soggetti nel tempo, perché la depressione è un importante fattore di rischio quando non è un prodromo della demenza.

È utile riportare i dieci segni precoci selezionati dall'Associazione Alzheimer americana (Alzheimer's Association)⁶ :

“Se noti uno di questi segni, agisci!

Usa questo modulo per annotare le tue preoccupazioni in modo da poterle affrontare con un amico, un familiare o un medico.”

1. Perdita di memoria che interferisce con la vita quotidiana.

Uno dei segni più comuni della malattia di Alzheimer, soprattutto nella fase iniziale, è dimenticare le informazioni apprese di recente. Altri includono dimenticare date o eventi importan-

⁶ https://www.alz.org/alzheimers-dementia/10_signs.

ti, porre la stessa domanda più e più volte, o avere sempre più bisogno di fare affidamento su aiuti per la memoria (ad esempio, note di promemoria o dispositivi elettronici) o membri della famiglia per cose che la persona era solita gestire da sola. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? A volte si dimenticano nomi o appuntamenti, ma possono essere ricordati in seguito.*

2. Difficoltà nella pianificazione o nella risoluzione dei problemi.

Alcune persone affette da demenza possono sperimentare cambiamenti nella loro capacità di sviluppare e seguire un piano o di usare i numeri. Potrebbero avere problemi a seguire una ricetta familiare o a ricordarsi delle bollette mensili. Possono anche avere difficoltà a concentrarsi e impiegare molto più tempo a fare le cose rispetto a prima. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? Fare errori occasionali nella gestione delle finanze o delle bollette domestiche.*

3. Difficoltà nel portare a termine compiti familiari.

Le persone che convivono con la malattia di Alzheimer spesso hanno difficoltà a completare le attività di routine. A volte possono avere problemi a guidare verso un luogo familiare, organizzare una lista della spesa o ricordare le regole di un gioco preferito. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? Occasionalmente è necessario un aiuto per utilizzare le impostazioni del microonde o per registrare un programma TV.*

4. Confusione con il tempo o il luogo.

Le persone affette da Alzheimer possono perdere la cognizione delle date, delle stagioni e del passare del tempo... A volte possono dimenticare dove si trovano o come ci sono arrivate. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? Confondersi sul giorno della settimana, ma capirlo più tardi.*

5. Problemi di comprensione della visione delle immagini e dei rapporti spaziali.

Per alcune persone, particolari problemi di vista sono un segno di Alzheimer. Possono avere difficoltà nel valutare la distanza e nel determinare il colore o il contrasto (cioè distinguere un oggetto dal suo sfondo), causando problemi con la guida. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? Ad esempio cambiamenti della vista legati alla cataratta.*

6. **Nuovi problemi con le parole nel parlare o nello scrivere.** Le persone che convivono con l'Alzheimer possono avere difficoltà a seguire o partecipare a una conversazione. Potrebbero fermarsi nel bel mezzo di un dialogo e non avere idea di come continuare o ripetersi. Possono avere difficoltà con il vocabolario, avere problemi a nominare un oggetto familiare o usare un nome sbagliato. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? Avere a volte difficoltà a trovare la parola giusta.*
7. **Riporre le cose in posti insoliti e perdere la capacità di ritrovarle.** Una persona che convive con l'Alzheimer può mettere le cose in posti insoliti. Può perdere le cose e non essere in grado di ricostruire i propri passi per ritrovarle. Può accusare altri di aver rubato, soprattutto con il progredire della malattia. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? Di tanto in tanto smarrire le cose e ripercorrere i passaggi per trovarle.*
8. **Diminuita o inadeguata capacità di giudizio.** Alcuni soggetti possono sperimentare cambiamenti nel formulare un giudizio o nel processo decisionale. Ad esempio, possono avere scarsa capacità di giudizio quando hanno a che fare con il denaro, o prestare meno attenzione alla cura o alla pulizia. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? Prendere una decisione sbagliata di tanto in tanto, come trascurare di cambiare l'olio dell'automobile.*
9. **Abbandonare il lavoro o le attività sociali.** Una persona che convive con l'Alzheimer può sperimentare cambiamenti nella capacità di sostenere o seguire una conversazione. Di conseguenza, può ritirarsi da hobby, attività sociali o altri impegni. Potrebbe avere problemi a seguire una squadra o un'attività preferita. *Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? A volte sentirsi disinteressato agli obblighi familiari o sociali.*
10. **Cambiamenti di umore e personalità.** Gli individui che convivono con l'Alzheimer possono sperimentare cambiamenti di umore e di personalità. Possono essere facilmente turbati a casa, al lavoro, con gli amici o quando sono fuori dalla loro zona di comfort.

Qual è un tipico cambiamento correlato all'età? Sviluppare modi molto specifici di fare le cose e diventare irritabili quando una routine viene interrotta.

Per l'evoluzione dei disturbi delle persone con demenza, oltre alle fasi già dette (iniziale, lieve, moderata, severa e grave) sono state elaborate delle scale di valutazione per inquadrare meglio lo stadio della malattia. In questi studi alcuni ricercatori hanno visto una somiglianza fra le fasi di sviluppo dell'apprendimento del bambino, tipicamente quelle "operazionali" di Piaget, e il percorso contrario di perdita di queste capacità con il progredire della demenza, definendola come "retrogenesi",⁷ da cui deriva poi la classificazione in sette stadi, con la corrispondente età di riferimento. È chiaro che nessun anziano diventa bambino, mentre è possibile che le persone con demenza possano alle volte avere come termine di paragone le capacità di un bimbo: questo può aiutare a capire meglio come organizzare l'aiuto alla persona.

— —
⁷ Reisberg B. et al., "Retrogenesis: Clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999.