Anamnesi: aree da esplorare

Traccia per il primo colloquio

- [ ] Motivo della richiesta e invio (chi, perché ora)
- [ ] Sintomi: esordio, durata, andamento, fattori che peggiorano o migliorano
- [ ] Impatto su lavoro, relazioni, autonomia
- [ ] Storia clinica personale e familiare (medica e psichica)
- [ ] Farmaci, sostanze, alcol, caffeina
- [ ] Sonno, appetito, energia
- [ ] Eventi di vita significativi e traumi
- [ ] Rete sociale e risorse
- [ ] Trattamenti precedenti ed esiti
- [ ] Aspettative e obiettivi
- [ ] Rischio auto/etero-lesivo (sempre)
- [ ] Consenso informato e privacy

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Scheda anamnestica essenziale

Da compilare durante il colloquio

PAZIENTE / DATA / INVIO

MOTIVO DELLA RICHIESTA

STORIA DEL PROBLEMA

ANAMNESI MEDICA E FARMACOLOGICA

STORIA FAMILIARE

RISORSE E FATTORI PROTETTIVI

RISCHIO (IDEAZIONE, PIANI, MEZZI)

IMPRESSIONE CLINICA E PIANO

Valutazione del rischio suicidario

Domande da porre senza timore

Chiedere direttamente non aumenta il rischio. Va sempre fatto quando emergono tristezza profonda, disperazione, perdita o abuso di sostanze.

1. **Ideazione**
   "Hai pensato di farti del male o di non voler vivere?"
2. **Piano**
   "Hai pensato a come? Quando?"
3. **Mezzi**
   "Hai accesso a ciò che pensi di usare?"
4. **Intenzione**
   "Quanto è probabile che tu lo faccia?"
5. **Fattori protettivi**
   Affetti, progetti, motivi per vivere, aiuto cercato.

Se il rischio è alto

Non lasciare solo il paziente, coinvolgi familiari e servizi di salute mentale, attiva il 112 se imminente. Documenta tutto.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Struttura di una seduta

Agenda cognitivo-comportamentale

1. **Check-in (5')**
   Come sta, umore della settimana, scale di monitoraggio.
2. **Agenda (5')**
   Concordare 2–3 temi.
3. **Revisione compiti (10')**
   Cosa è stato fatto, cosa ha funzionato.
4. **Tema centrale (25')**
   Tecnica, psicoeducazione o esposizione.
5. **Nuovo compito (5')**
   Concreto, realistico, specifico.
6. **Sintesi e feedback (5')**
   Cosa porti via? Come ti sei sentito oggi?

I tempi sono indicativi, per una seduta di circa 50 minuti.

Formulazione del caso: i 5 P

Un modello per orientare l'intervento

Presentazione

Sintomi e problemi attuali.

Predisponenti

Vulnerabilità biologiche, storia, stile di attaccamento.

Precipitanti

Eventi che hanno fatto scattare il quadro.

Perpetuanti

Evitamento, ruminazione, sonno, ambiente.

Protettivi

Risorse, relazioni, competenze.

IPOTESI DI LAVORO

OBIETTIVI

Setting e contratto terapeutico

Cosa concordare nel primo incontro

- [ ] Durata e frequenza delle sedute
- [ ] Modalità (in presenza, online) e strumenti sicuri
- [ ] Compenso, pagamenti e fatturazione
- [ ] Disdette e ritardi
- [ ] Riservatezza e limiti (rischio per sé o per altri, obblighi di legge)
- [ ] Consenso informato scritto
- [ ] Trattamento dei dati personali (privacy)
- [ ] Contatti tra le sedute: cosa è possibile, cosa no
- [ ] Durata prevista e revisione periodica del percorso
- [ ] Interruzione e conclusione

Verifica sempre il testo aggiornato del Codice Deontologico e la normativa sulla privacy.

Batteria neuropsicologica per dominio

Panoramica degli strumenti più usati

Screening

MMSE, MoCA, ACE-R, FAB.

Memoria

Rey AVLT, Digit Span, Corsi, Rey figure (recall), racconto di Babcock.

Attenzione

TMT A, matrici attentive, Stroop, test del campanello.

Funzioni esecutive

TMT B, fluenza verbale, Wisconsin, torre di Londra, Stroop.

Linguaggio

Token Test, denominazione, fluenza semantica e fonemica.

Visuo-spaziale

Copia di Rey, test dell'orologio, matrici di Raven.

Scegli prove con norme italiane aggiornate, in base a età e scolarità.

Screening cognitivo: cosa influenza il punteggio

Fattori da considerare prima di interpretare

Del paziente

- età e scolarità
- lingua madre
- deficit visivi o uditivi
- ansia, depressione
- dolore, stanchezza
- farmaci

Del contesto

- rumore e interruzioni
- ora del giorno
- motivazione
- presenza di familiari
- tempo a disposizione
- uso di ausili

Sempre

Il test è un dato, non una diagnosi. Integra con colloquio, informatore e storia clinica.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Colloquio con il caregiver

Informazioni preziose per la valutazione

1. **Esordio**
   Quando i primi cambiamenti? Brusco o graduale?
2. **Quotidianità**
   Gestione di denaro, farmaci, telefono, spostamenti.
3. **Comportamento**
   Apatia, irritabilità, disinibizione, deliri, allucinazioni.
4. **Sonno e appetito**
   Cambiamenti recenti.
5. **Carico**
   Quanto è pesante la situazione per chi assiste?

Strumenti utili

ADL e IADL, NPI, CDR, scale di carico del caregiver.

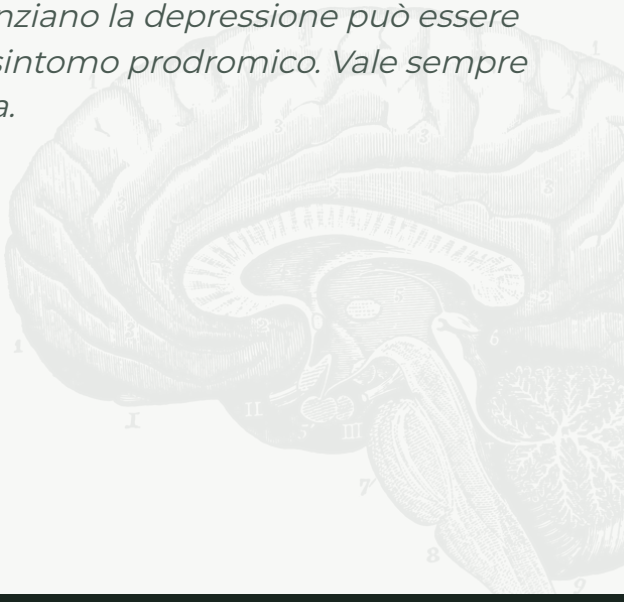
Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Depressione o demenza?

Indizi per la diagnosi differenziale

	Depressione	Demenza
Esordio	Più rapido, data precisa	Insidioso
Consapevolezza	Lamentele marcate	Spesso ridotta
Risposte	"Non so"	Approssimative o errate
Umore	Cupo, costante	Labile

Possono coesistere: nell'anziano la depressione può essere un fattore di rischio o un sintomo prodromico. Vale sempre la valutazione specialistica.



Strumenti per umore e ansia

Scale di screening e monitoraggio

Depressione

BDI-II, PHQ-9, GDS (anziani).

Ansia

GAD-7, STAI, BAI.

Panico e fobie

PDSS, Mobility Inventory.

Ossessività

Y-BOCS.

Sonno

ISI, PSQI.

Trauma

IES-R, PCL-5.

Attenzione

Nel PHQ-9 l'item sul pensiero di morire va sempre approfondito nel colloquio.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Tecniche CBT per problema

Mappa rapida di interventi con evidenza

Problema	Interventi principali
Ansia generalizzata	Tempo della preoccupazione, rilassamento, ristrutturazione
Panico	Psicoeducazione, esposizione enterocettiva, respirazione
Fobie e ansia sociale	Esposizione graduale, ristrutturazione
DOC	Esposizione e prevenzione della risposta
Depressione	Attivazione comportamentale, ristrutturazione
Insonnia	CBT-I: restrizione, controllo dello stimolo

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Comunicare una diagnosi difficile: SPIKES

Protocollo in sei passaggi

1. **S · Setting**
   Spazio riservato, tempo, familiare se il paziente vuole.
2. **P · Percezione**
   "Cosa ha capito finora?"
3. **I · Invito**
   "Quanto vuole sapere?"
4. **K · Conoscenza**
   Frasi brevi, senza gergo, in piccole dosi.
5. **E · Emozioni**
   Riconoscere e accogliere, prima di spiegare.
6. **S · Sintesi**
   Piano condiviso e prossimi passi.

Lascia sempre spazio per le domande e rifletti sul non detto.

Restituzione dei risultati

Come strutturare il colloquio finale

- [ ] Ricordare lo scopo della valutazione
- [ ] Partire dai punti di forza
- [ ] Spiegare i risultati con esempi della vita quotidiana
- [ ] Evitare numeri senza significato
- [ ] Distinguere ciò che è emerso da ciò che resta da chiarire
- [ ] Condividere indicazioni pratiche e strategie
- [ ] Indicare altri specialisti o accertamenti
- [ ] Verificare cosa è stato compreso
- [ ] Dare tempo alle emozioni
- [ ] Consegnare la relazione scritta e spiegarla

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Struttura della relazione neuropsicologica

Sezioni essenziali

1. **Dati e motivo**
   Anagrafica, invio, quesito clinico.
2. **Anamnesi**
   Storia clinica e informazioni dal caregiver.
3. **Strumenti**
   Elenco di test e scale somministrati.
4. **Risultati**
   Per dominio, con punteggi e interpretazione.
5. **Conclusioni**
   Profilo cognitivo e ipotesi.
6. **Indicazioni**
   Follow-up, interventi, raccomandazioni.

Stile

Chiara, comprensibile anche a non addetti ai lavori. Evita giudizi definitivi non supportati dai dati.

Riabilitazione cognitiva: piano

Dall'obiettivo funzionale all'intervento

1. **Obiettivo concreto**
   Cosa vuole tornare a fare?
2. **Profilo cognitivo**
   Punti di forza e deficit.
3. **Strategie**
   Training specifico, compensi, ausili esterni.
4. **Ambiente**
   Adattare spazi e routine.
5. **Coinvolgimento**
   Familiari e caregiver.
6. **Verifica**
   Rivalutare ogni 6–8 settimane.

OBIETTIVI FUNZIONALI

Colloquio motivazionale

Facilitare il cambiamento senza imporlo

O · Domande aperte

Invitano a raccontare.

A · Affermazioni

Riconoscere risorse e sforzi.

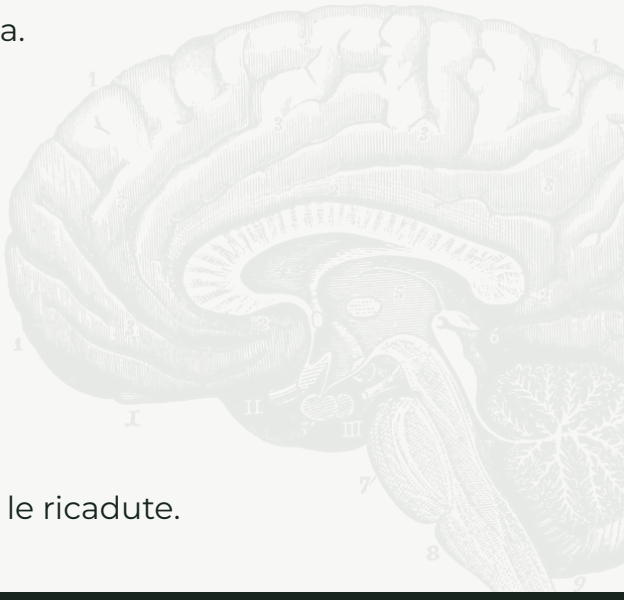
R · Riflessioni

Rimandare il significato.

S · Sintesi

Raccogliere e collegare i temi.

1. **Precontemplazione**
   Non vede il problema.
2. **Contemplazione**
   Ambivalente.
3. **Preparazione**
   Pronto a provare.
4. **Azione**
   Sta cambiando.
5. **Mantenimento**
   Consolida; prevenire le ricadute.



Piano di sicurezza personale

Da costruire insieme al paziente in crisi

1 · SEGNALI CHE LA CRISI STA ARRIVANDO

2 · COSE CHE POSSO FARE DA SOLO PER CALMARMI

3 · PERSONE E LUOGHI CHE MI DISTRAGGONO

4 · PERSONE A CUI POSSO CHIEDERE AIUTO

5 · PROFESSIONISTI E SERVIZI DA CONTATTARE

6 · COME RENDERE L'AMBIENTE PIÙ SICURO

In emergenza: 112.

Monitoraggio degli esiti

Per vedere se il percorso funziona

Seduta	Data	Scala	Punteggio	Note
1				
4				
8				
12				
16				

Ogni quanto

Una scala breve ogni 4–6 sedute, e sempre a fine ciclo. Condividi i risultati con il paziente.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Diario di seduta (SOAP)

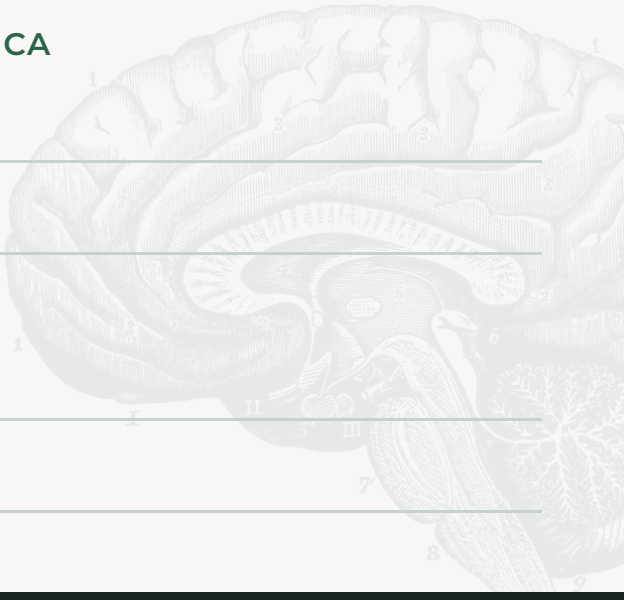
Appunti strutturati e veloci

S · RIFERITO DAL PAZIENTE

O · OSSERVATO (ASPETTO, UMORE, COMPORTAMENTO)

A · VALUTAZIONE CLINICA

P · PIANO E COMPITI

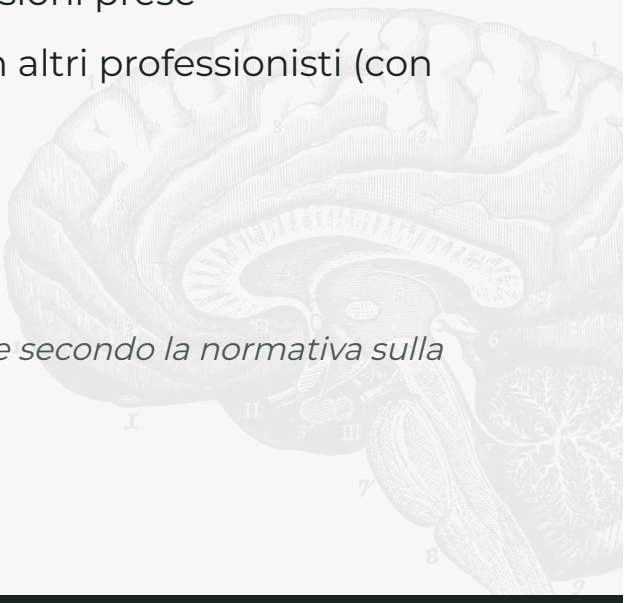


Cartella clinica: cosa documentare

Essenziale ma completo

- [ ] Dati anagrafici e consenso informato
- [ ] Motivo della consultazione
- [ ] Valutazione iniziale e ipotesi
- [ ] Obiettivi condivisi
- [ ] Date e contenuto sintetico delle sedute
- [ ] Strumenti somministrati e risultati
- [ ] Eventi critici e decisioni prese
- [ ] Comunicazioni con altri professionisti (con consenso)
- [ ] Relazioni rilasciate
- [ ] Chiusura del caso

Conserva in modo sicuro e secondo la normativa sulla privacy.



Preparare il caso per la supervisione

Una griglia per usare al meglio l'incontro

IL CASO IN TRE RIGHE

COSA MI BLOCCA O MI PREOCCUPA

COSA HO GIÀ PROVATO

DOMANDA SPECIFICA PER IL SUPERVISORE

COSA SENTO IO NEL LAVORO CON QUESTA PERSONA

COSA HO PORTATO VIA

Prendersi cura di chi cura

Prevenzione del burnout nella professione

- [ ] Pause reali tra una seduta e l'altra
- [ ] Limite al numero di pazienti per giornata
- [ ] Supervisione o intervisione regolare
- [ ] Tempo per formazione e interessi non clinici
- [ ] Sonno, movimento e vita sociale protetti
- [ ] Confini chiari con i pazienti
- [ ] Rituale di chiusura della giornata
- [ ] Percorso personale, se utile
- [ ] Ascolto dei segnali di sovraccarico

Segnali di allarme

stanchezza costante, cinismo, fatica a provare empatia, ritardi nelle note, dubbi continui sulle proprie competenze.

Pianificazione dei contenuti

Calendario editoriale per social e newsletter

Settimana	Tema	Formato	Canale	Stato
1				
2				
3				
4				

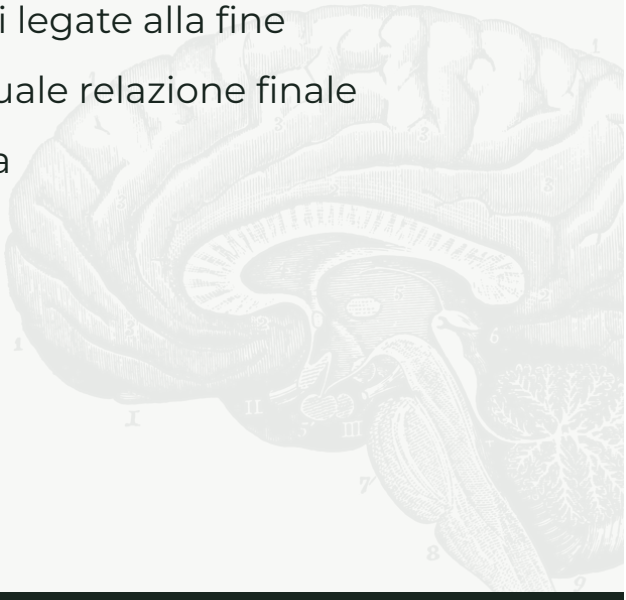
IDEE DA SVILUPPARE

Contenuti informativi, mai promessa di risultati: coerenza con il Codice Deontologico.

Chiusura del percorso

Concludere bene è parte della cura

- [ ] Ripercorrere gli obiettivi iniziali e i risultati
- [ ] Riconoscere i cambiamenti e le risorse del paziente
- [ ] Riepilogare gli strumenti appresi
- [ ] Preparare un piano di prevenzione delle ricadute
- [ ] Definire segnali per chiedere aiuto di nuovo
- [ ] Programmare eventuali sedute di richiamo
- [ ] Esplorare emozioni legate alla fine
- [ ] Consegnare eventuale relazione finale
- [ ] Chiudere la cartella



Anamnesi del sonno

Domande per capire il problema

- [ ] Orario in cui va a letto e si alza (giorni di lavoro e festivi)
- [ ] Tempo per addormentarsi
- [ ] Risvegli notturni: quanti, quanto durano, perché
- [ ] Risveglio precoce
- [ ] Russamento, pause respiratorie, gambe senza riposo
- [ ] Sonnolenza diurna e colpi di sonno
- [ ] Caffeina, alcol, farmaci, sostanze
- [ ] Schermi e routine serale
- [ ] Preoccupazioni e ruminazione a letto
- [ ] Impatto su giornata e umore
- [ ] Diario del sonno per 2 settimane

Quando inviare

Sospetta apnea notturna, narcolessia o movimenti anomali: invio al medico o centro del sonno.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Osservare le funzioni esecutive in seduta

Segnali che emergono nel colloquio

Pianificazione e organizzazione

- racconto disorganizzato
- difficoltà a seguire un filo
- difficoltà a definire priorità
- dimentica gli appuntamenti

Controllo e flessibilità

- impulsività nelle risposte
- perseverazioni
- rigidità di fronte ai cambiamenti
- scarsa consapevolezza dei deficit

Da ricordare

Confronta l'impressione clinica con le prove e con le informazioni di un familiare.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Screening informale del linguaggio

Cosa osservare durante il colloquio

Eloquio

Fluente o stentato, pause, anomie, parafasie.

Comprensione

Esegue consegne a più passaggi?

Ripetizione

Frasi brevi e lunghe.

Denominazione

Oggetti comuni, parti di oggetti.

Lettura e scrittura

Frase dettata, copia, lettura ad alta voce.

Comunicazione

Uso di gesti e strategie compensative.

Se emergono deficit nuovi, invia a logopedista o neurologo.

Delirium o demenza?

Distinguerli è urgente

	Delirium	Demenza
Esordio	Acuto, ore o giorni	Graduale, mesi o anni
Decorso	Fluttuante nella giornata	Lento e progressivo
Attenzione	Marcatamente alterata	Conservata a lungo
Coscienza	Alterata	Conservata
Reversibilità	Spesso reversibile	Generalmente progressiva

Se sospetti un delirium

È un'urgenza medica: infezioni, farmaci, disidratazione e altre cause vanno cercate subito. Invio immediato.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Stadiazione clinica: la CDR

Clinical Dementia Rating

Punteggio	Significato
0	Nessun deficit
0,5	Dubbio / molto lieve
1	Demenza lieve
2	Demenza moderata
3	Demenza grave

Si valuta su sei aree

memoria, orientamento, giudizio e problem solving, attività sociali, casa e hobby, cura della persona. Si basa su colloquio con paziente e informatore.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Disturbo neurocognitivo lieve: criteri guida

Cosa documentare per parlare di MCI

- [ ] Preoccupazione per il declino cognitivo (paziente, familiare o clinico)
- [ ] Deficit oggettivo in uno o più domini al di sotto della norma attesa
- [ ] Autonomia nelle attività quotidiane sostanzialmente conservata
- [ ] Assenza di criteri per demenza
- [ ] Esclusione di cause reversibili (umore, farmaci, sonno, deficit sensoriali)
- [ ] Programmare follow-up a 6–12 mesi

Sottotipi

Amnesico e non amnesico, a dominio singolo o multiplo. Orientano la prognosi.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Interpretare i punteggi ai test

Dalla misura grezza al significato clinico

1. **Punteggio grezzo**
   Risultato diretto della prova.
2. **Correzione**
   Per età, scolarità e, dove previsto, sesso.
3. **Punteggio equivalente (PE)**
   Da 0 (deficitario) a 4 (superiore). PE 0 sotto il limite inferiore di tolleranza.
4. **Percentile o deviazioni standard**
   Confronto con il gruppo normativo.
5. **Profilo**
   Più prove, più domini: cerca coerenza.
6. **Cautela**
   Un singolo punteggio borderline non basta.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Lutto prolungato: cosa valutare

Distinguere il dolore atteso da quello che si cronicizza

Reazioni attese

- tristezza a ondate
- nostalgia
- tempo per riadattarsi
- funzionamento globalmente conservato

Segnali da approfondire

- dolore intenso e invalidante dopo molti mesi
- incapacità di accettare la perdita
- evitamento di tutto ciò che ricorda
- pensieri di morte o di raggiungere il defunto

Interventi

Psicoeducazione, rituali, elaborazione dei ricordi, lavoro sulla rete sociale; terapie specifiche per il lutto complicato.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Trauma: le fasi del trattamento

Un percorso graduale e sicuro

1

1 · Sicurezza e stabilizzazione

Psicoeducazione, regolazione emotiva, grounding, sonno.

2

2 · Elaborazione

Lavoro sul ricordo con tecniche evidence-based (EMDR, esposizione narrativa, CBT focalizzata sul trauma).

3

3 · Integrazione

Ridefinire sé e relazioni, progettualità futura.

Prima di iniziare

Valuta rischio, dissociazione, uso di sostanze e risorse. Procedi solo con adeguata formazione specifica.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Gerarchia di esposizione

Dal meno al più temuto

Situazione	SUDS prima	SUDS dopo	Data

SUDS: 0–100. Parti da 30–40 e procedi solo quando l'ansia cala.

Registro di ristrutturazione cognitiva

Da usare nel lavoro tra le sedute

Situazione	Emozione	Pensiero	Prove pro	Prove contro	Pensiero alternativo

Chiedi al paziente di compilare le prime tre colonne anche a casa.

Psicoeducazione sull'ansia: cosa spiegare

Scaletta per il paziente

- [ ] L'ansia è una risposta adattiva
- [ ] Il circolo pensiero–corpo–comportamento
- [ ] Perché l'evitamento la mantiene
- [ ] La curva di attivazione: sale, picca, scende
- [ ] Differenza tra ansia e pericolo reale
- [ ] Respirazione e rilassamento come strumenti
- [ ] Ruolo di sonno, caffeina e alcol
- [ ] Cosa aspettarsi dal percorso
- [ ] Quando serve anche un medico

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Assegnare compiti tra le sedute

Perché siano fatti davvero

1. **Spiega il senso**
   Collega il compito agli obiettivi.
2. **Rendilo specifico**
   Cosa, quando, quanto.
3. **Verifica la fattibilità**
   "Da 0 a 10, quanto è probabile che lo farai?"
4. **Prevedi ostacoli**
   Cosa potrebbe impedirtelo?
5. **Rivedi la volta dopo**
   Sempre, anche se non è stato fatto.

> **Se non viene svolto**
> Esplora senza giudicare: informazioni preziose su ambivalenza e ostacoli.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Alleanza terapeutica e rotture

Riconoscerle e ripararle

Segnali di rottura

- ritardi o assenze ripetuti
- risposte formali o fredde
- critiche al percorso
- compiti sempre non fatti
- cambi di tono improvvisi

Come riparare

- nominare il segnale con curiosità
- chiedere feedback diretto
- riconoscere il proprio contributo
- rivedere obiettivi e metodo
- portare il caso in supervisione

Principio

Una rottura affrontata bene può diventare un momento di svolta.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Ambivalenza e resistenza

Quando il paziente non si muove

La resistenza non è ostilità: è informazione. Segnala che qualcosa nel ritmo, negli obiettivi o nella relazione non funziona.

- [ ] Riconosci l'ambivalenza apertamente
- [ ] Esplora vantaggi e svantaggi del cambiare
- [ ] Allinea gli obiettivi a ciò che è importante per il paziente
- [ ] Riduci il passo: obiettivi più piccoli
- [ ] Evita lo scontro e la persuasione
- [ ] Valorizza ogni segno di motivazione

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Primo colloquio per minori

Coinvolgere genitori e ragazzo

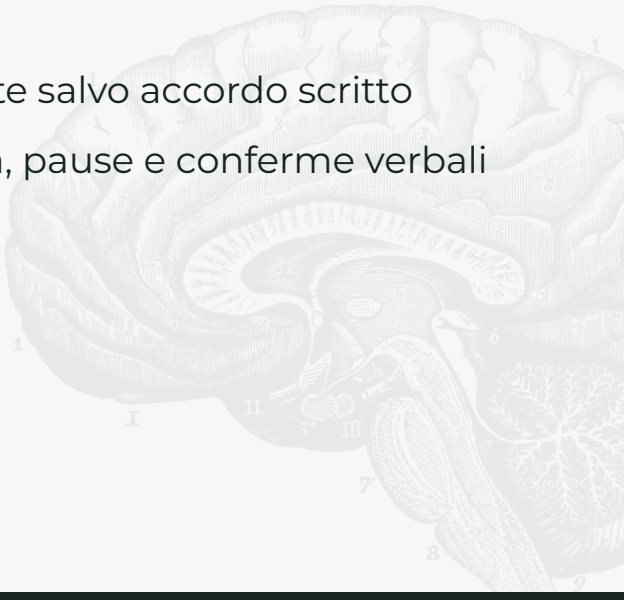
- [ ] Verificare chi esercita la responsabilità genitoriale e il consenso
- [ ] Spiegare riservatezza e limiti anche al minore
- [ ] Colloquio con i genitori e poi con il ragazzo
- [ ] Ascoltare il punto di vista del minore su cosa non va
- [ ] Storia evolutiva, scuola, relazioni con i pari
- [ ] Famiglia: dinamiche, eventi stressanti
- [ ] Contatti con scuola e pediatra, con consenso
- [ ] Segnali di rischio e di tutela
- [ ] Definire obiettivi e ruoli di ciascuno

Rispetta sempre normativa e Codice Deontologico sui minori.

Sedute online: checklist

Qualità e riservatezza a distanza

- [ ] Piattaforma sicura e conforme alla privacy
- [ ] Consenso specifico alla modalità online
- [ ] Luogo riservato per entrambi, senza altre persone
- [ ] Verifica dell'identità e dei recapiti di emergenza
- [ ] Test di audio e video prima della seduta
- [ ] Piano alternativo se cade la connessione
- [ ] Indicazioni per i casi a rischio: indirizzo e contatti locali
- [ ] Registrazioni vietate salvo accordo scritto
- [ ] Sguardo in camera, pause e conferme verbali più frequenti



Quando inviare: segnali rossi

Situazioni che richiedono il medico o lo specialista

Neurologici

- esordio improvviso di deficit
- cefalea improvvisa e intensa
- disturbi del linguaggio o della vista improvvisi
- crisi epilettiche
- cambiamento rapido di personalità

Psichici o altri

- rischio suicidario o psicotico
- sospetto abuso di sostanze importante
- confusione acuta, febbre, disidratazione
- sintomi non spiegati da cause psicologiche

Azione

In emergenza 112 o pronto soccorso. Altrimenti lettera al medico di famiglia o allo specialista.

Strumento di supporto alla pratica: non sostituisce il giudizio clinico, le linee guida e il Codice Deontologico.

Lettera di invio al medico

Modello da personalizzare

GENTILE COLLEGA,

LE SCRIVO IN MERITO AL/ALLA PAZIENTE (INIZIALI, ETÀ)

MOTIVO DELLA VALUTAZIONE E QUESITO

ELEMENTI EMERSI DAL COLLOQUIO E DAI TEST

SUGGERIMENTI E RICHIESTA DI ACCERTAMENTI

DISPONIBILITÀ A UN CONFRONTO

DATA E FIRMA — DR.SSA ANNA BIANCHI

Invia solo con il consenso del paziente.

Piano formativo annuale

ECM, supervisione, letture

Area	Corso/attività	Data	Crediti/ore
Clinica			
Neuropsicologia			
Supervisione			
Divulgazione			
Altro			

OBIETTIVI PROFESSIONALI DELL'ANNO

Aggiorna con l'obbligo ECM del tuo ordine.

Indicatori dello studio

Un cruscotto mensile semplice

Mese	Sedute	Nuovi pazienti	Disdette	Valutazioni
Gen				
Feb				
Mar				
Apr				
Mag				
Giu				

Cosa osservare

Tendenze, non singoli mesi: stagionalità, tasso di abbandono, canale da cui arrivano i pazienti.

Presentazione in tre frasi

Per networking e passaparola

CHI AIUTO (A QUALE PERSONA)

CON QUALE PROBLEMA

COSA FACCIO CONCRETAMENTE (METODO)

PERCHÉ SONO LA PERSONA GIUSTA

FRASE FINALE UNICA DA USARE

Esempio di struttura: "Aiuto adulti e famiglie a ... attraverso ..."



Formula del post divulgativo

Per social e newsletter

1. **Gancio**
   Una domanda o un'esperienza comune.
2. **Spiegazione**
   Cosa succede nel cervello o nella mente, in parole semplici.
3. **Consiglio pratico**
   Una cosa applicabile subito.
4. **Cautela**
   Quando serve un professionista.
5. **Invito**
   Salva, condividi o iscriviti.

Evita

Promesse di guarigione, confronti con altri professionisti, casi riconoscibili.

Demenze: confronto rapido

Le cinque forme più frequenti a colpo d'occhio

	Esordio tipico	Segno guida
Alzheimer	Amnesia episodica	Dimentica in fretta, poco aiuto dagli indizi
Vascolare	Spesso a gradini	Rallentamento, deficit esecutivi
Corpi di Lewy	Attenzione e visuo-spaziale	Fluttuazioni, allucinazioni visive, parkinsonismo
Frontotemporale	Comportamento o linguaggio	Disinibizione, apatia, anomia
Parkinson-demenza	Dopo parkinsonismo	Parkinsonismo > 1 anno prima della demenza

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Alzheimer: profilo tipico

Cosa aspettarsi nel pattern neuropsicologico

1. **Memoria episodica**
   Deficit di codifica e consolidamento: dimentica in fretta.
2. **Indizi e riconoscimento**
   Beneficiano poco: il deficit non è solo di recupero.
3. **Orientamento**
   Prima temporale, poi spaziale.
4. **Linguaggio**
   Anomia e riduzione della fluenza semantica.
5. **Visuo-spaziale ed esecutive**
   Si aggiungono con la progressione.
6. **Insight**
   Spesso ridotto: raccogli sempre l'informazione dal familiare.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Demenza frontotemporale

Variante comportamentale e afasie primarie progressive

bvFTD

Disinibizione, apatia, perdita di empatia, comportamenti compulsivi, iperoralità. Memoria e abilità visuo-spaziali relativamente conservate all'inizio.

nfvPPA

Agrammatismo, linguaggio stentato, aprassia verbale.

svPPA

Anomia e perdita del significato delle parole.

lvPPA

Difficoltà a ritrovare parole e a ripetere frasi: spesso base Alzheimer.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Demenza con corpi di Lewy

Elementi guida

- [ ] Fluttuazioni di attenzione e vigilanza
- [ ] Allucinazioni visive ben strutturate
- [ ] Parkinsonismo (rigidità, bradicinesia)
- [ ] Disturbo del sonno REM con agiti oniricici
- [ ] Deficit di attenzione, esecutivi e visuo-spaziali più che di memoria
- [ ] Ipersensibilità ai neurolettici
- [ ] Cadute e sincopi inspiegate

Regola dell'anno

Demenza prima o entro 1 anno dal parkinsonismo: DLB. Parkinsonismo da più di 1 anno prima: demenza nel Parkinson.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Demenza vascolare

Indizi da cercare

Clinica

- esordio improvviso o a gradini
- rallentamento psicomotorio
- deficit esecutivi più che di memoria
- apatia e labilità emotiva
- disturbi dell'andatura

Contesto

- ipertensione, diabete, fibrillazione
- pregressi ictus o TIA
- fumo e dislipidemia
- segni neurologici focali
- imaging con lesioni vascolari

Attenzione

Le forme miste (vascolare e Alzheimer) sono frequenti nell'anziano.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Idrocefalo normoteso

Una causa potenzialmente trattabile

Va sempre considerato quando compare la triade tipica nell'anziano:

Andatura

a base larga, "magnetica", passi corti.

Cognizione

rallentamento, apatia, deficit attentivi ed esecutivi.

Urinaria

urgenza o incontinenza.

Azione

Invio neurologico per imaging e valutazione specifica: può migliorare con trattamento.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Declino cognitivo: cause reversibili

Escludile sempre prima di una diagnosi

Metaboliche e mediche

- carenza di B12 o folati
- ipotiroidismo
- anemia
- diabete o ipoglicemia
- insufficienza epatica o renale
- apnee notturne

Altre

- farmaci anticolinergici, benzodiazepine
- depressione e ansia
- alcol
- deficit visivi e uditivi
- ematoma subdurale
- infezioni, idrocefalo normoteso

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Memoria: ippocampale o frontale?

Distinguere il tipo di deficit

	Ippocampale (AD)	Frontale/sottocorticale
Codifica	Deficitaria	Spesso conservata
Recupero libero	Gravemente ridotto	Ridotto
Aiuto con indizi	Scarso	Migliora
Riconoscimento	Povero	Relativamente conservato
Dimenticanza rapida	Presente	Ridotta
Intrusioni	Frequenti	Variabili

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Afasie: classificazione rapida

Fluenza, comprensione, ripetizione

Tipo	Fluenza	Compr.	Ripet.
Broca	ridotta	buona	ridotta
Wernicke	normale	ridotta	ridotta
Conduzione	normale	buona	ridotta
Anomica	normale	buona	buona
Globale	ridotta	ridotta	ridotta
Transc. motoria	ridotta	buona	buona
Transc. sensoriale	normale	ridotta	buona

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Sindromi frontali

Tre profili principali

Dorsolaterale

Deficit esecutivi, pianificazione, memoria di lavoro, flessibilità.

Orbitofrontale

Disinibizione, impulsività, inadeguatezza sociale.

Mediale / cingolo

Apatia, abulia, riduzione dell'iniziativa.

Ricorda

Le sindromi frontali possono avere cause molto diverse: vascolari, degenerative, traumatiche, neoplastiche.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Ictus: profili per territorio

Orientarsi sulla sede della lesione

Territorio	Quadro cognitivo
ACM sinistra	Afasia, aprassia, acalculia
ACM destra	Neglect, anosognosia, aprassia costruttiva
ACP	Deficit campo visivo, alessia, agnosia visiva
ACA	Abulia, mutismo acinetico, afasia transcorticale
Talamo	Amnesia, fluttuazione dell'attenzione
Cerebello	Esecutive, linguaggio, visuo-spaziali

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Parkinson e cognizione

Profili e termini

1. **Normale**
   Nessun deficit significativo.
2. **PD-MCI**
   Deficit lieve, autonomia conservata.
3. **PDD**
   Deficit che compromettono l'autonomia.
4. **Cosa si altera prima**
   Attenzione, esecutive, visuo-spaziali.

Spesso associati
depressione, ansia, apatia, disturbi del sonno, allucinazioni; considera anche l'effetto dei farmaci dopaminergici.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Sclerosi multipla

Profilo cognitivo tipico

- [ ] Rallentamento della velocità di elaborazione
- [ ] Deficit di memoria (soprattutto recupero)
- [ ] Deficit attentivi ed esecutivi
- [ ] Affaticamento cognitivo marcato
- [ ] Depressione e ansia frequenti
- [ ] Linguaggio relativamente risparmiato
- [ ] Insight spesso presente

Nota

Il profilo cognitivo non sempre corrisponde alla gravità fisica.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Disturbi cognitivi dopo trauma cranico

Cosa distinguere

Lieve

- spesso transitori
- cefalea, vertigini
- rallentamento, attenzione
- affaticabilità
- irritabilità

Moderato-grave

- deficit di memoria
- funzioni esecutive
- cambiamenti di personalità
- consapevolezza ridotta
- difficoltà di reinserimento

Fattori che complicano

ansia, depressione, dolore, sonno, contenziosi e aspettative.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Ansia e depressione che simulano un deficit cognitivo

Quando il problema è l'umore

Indizi a favore della componente affettiva	
Deficit	non coerente con un profilo lesionale
Lamentele	superiori ai test
Risposte	"non so" frequenti
Attenzione e velocità	ridotte, spesso con effort
Test seriali	prestazione variabile e migliorabile con incoraggiamento
Storia	sintomi affettivi precedenti

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Validità della prestazione

Quando i risultati non sembrano coerenti

Fatica, ansia, dolore, scarsa motivazione, contesto medico-legale e ridotta cooperazione possono abbassare i punteggi.

- [ ] Incoerenza tra test e funzionamento quotidiano
- [ ] Prestazioni peggiori su prove semplici che su complesse
- [ ] Pattern non compatibile con alcuna sindrome nota
- [ ] Risultati sotto il caso su prove di forced-choice
- [ ] Uso di prove di validità (es. TOMM, Rey 15-item)
- [ ] Rivalutare in altra sessione

Non parlare di simulazione senza evidenze solide: descrivi i dati.

ADHD adulto: diagnosi differenziale

Cosa può assomigliare

Condizione	Cosa guardare
Ansia	Distraibilità legata alla preoccupazione
Depressione	Calo di concentrazione solo negli episodi
Bipolare	Episodi con durata e cambio d'umore
Trauma	Ipervigilanza e flashback
Sonno	Sonnolenza e deficit attentivi
Sostanze	Relazione con il consumo

Chiave

Nell'ADHD i sintomi sono presenti dall'infanzia (prima dei 12 anni) e in più contesti.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Disturbi d'ansia: domande discriminanti

Come distinguerli nel colloquio

Disturbo	Domanda chiave
GAD	Preoccupazione eccessiva su più aree per almeno 6 mesi
Panico	Attacchi inaspettati e paura di nuovi attacchi
Ansia sociale	Paura del giudizio nelle situazioni sociali
Fobia specifica	Paura circoscritta a oggetto o situazione
Agorafobia	Evitamento di luoghi da cui è difficile fuggire
DOC	Ossessioni egodistoniche e rituali
PTSD	Evento traumatico, intrusioni, evitamento

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Depressione, distimia, bipolare

Cosa chiedere prima di concludere

Quadro	Elemento discriminante
Depressione maggiore	almeno 2 settimane con almeno 5 sintomi, calo funzionamento
Distimia	Umore depresso quasi continuo almeno 2 anni
Bipolare II	Almeno un ipomaniacale e un episodio depressivo
Bipolare I	Almeno un episodio maniacale

Sempre

Chiedi di periodi di energia elevata, bisogno ridotto di sonno, idee grandiose, impulsività o fasi "particolarmente attive". Una depressione unipolare può nascondere un bipolare.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Segnali di spettro bipolare

Da cercare nella storia

- [ ] Familiarità per disturbo bipolare o suicidio
- [ ] Esordio precoce, episodi ricorrenti
- [ ] Fasi di ridotto bisogno di sonno con energia
- [ ] Irritabilità marcata e instabilità dell'umore
- [ ] Impulsività, spese o rischi insoliti
- [ ] Risposta anomala o viraggio con antidepressivi
- [ ] Depressioni con ipersonnia e rallentamento
- [ ] Periodi di grande creatività seguiti da crolli

Azione

Se emergono, invia allo psichiatra per valutazione.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Lutto e depressione

Distinguere il dolore dalla malattia

	Lutto	Depressione maggiore
Emozioni	Ondate di dolore, legate alla perdita	Umore depresso pervasivo
Autostima	Conservata	Ridotta, senso di inutilità
Pensieri	Pensieri sul defunto	Autosvalutazione, colpa generalizzata
Piacere	Possibile nei ricordi positivi	Anedonia globale
Tempi	Fluttuante	Persistente, almeno 2 settimane

Lutto prolungato

In adulti: sintomi intensi almeno 12 mesi (DSM-5-TR) o almeno 6 mesi (ICD-11), con disfunzione significativa.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

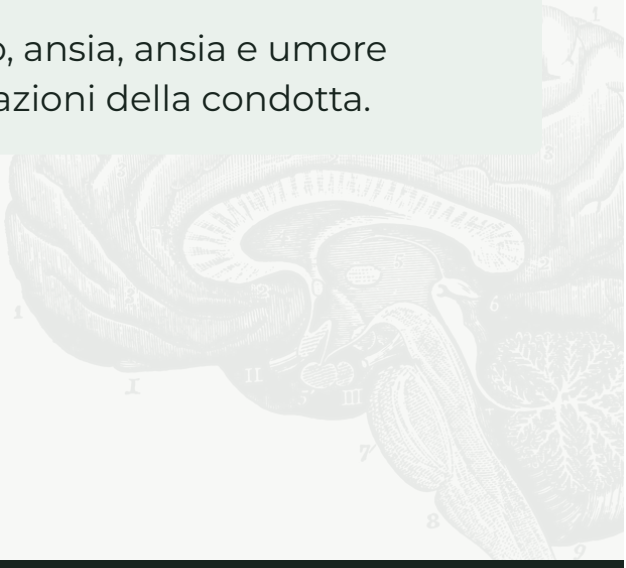
Disturbo dell'adattamento

Quando non è né ansia né depressione

- [ ] Fattore di stress identificabile
- [ ] Esordio entro 3 mesi dallo stressor
- [ ] Disagio sproporzionato o compromissione del funzionamento
- [ ] Non rispetta i criteri di un altro disturbo
- [ ] Non è lutto normale
- [ ] Si risolve entro 6 mesi dalla fine dello stressor

Specificare

Con umore depresso, ansia, ansia e umore depresso misti, alterazioni della condotta.



Trauma: quadri a confronto

Distinguere i disturbi correlati

Quadro	Durata e caratteristiche
Disturbo acuto da stress	3 giorni – 1 mese dopo l'evento
PTSD	almeno 1 mese: intrusioni, evitamento, umore, arousal
PTSD complesso (ICD-11)	PTSD + disregolazione affettiva, immagine di sé, relazioni
Adattamento	Stressor non necessariamente traumatico
Dissociativi	Amnesia, depersonalizzazione, derealizzazione

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Psicosi: segnali e invio

Cosa non lasciar passare

Segnali precoci

- isolamento improvviso
- sospettosità
- pensiero disorganizzato
- idee strane o riferimenti
- ritiro e calo del funzionamento

Se sospetti

- valuta rischio per sé e per altri
- non discutere i deliri
- invio urgente allo psichiatra
- coinvolgi la famiglia
- escludi sostanze e cause mediche

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Disturbi di personalità: cautela

Cosa tenere a mente prima di etichettare

- [ ] Il pattern è stabile, pervasivo e di lunga data?
- [ ] Esordio in adolescenza o prima età adulta?
- [ ] Compare in più contesti?
- [ ] Escluso che dipenda da depressione, ansia o trauma?
- [ ] Valutata la presenza di dissociazione e abuso di sostanze
- [ ] Considerato il contesto culturale
- [ ] Usati colloqui strutturati e informatori

Confronti frequenti

Borderline vs bipolare: durata delle oscillazioni (ore/giorni vs settimane). Borderline vs PTSD complesso: sovrapposizione elevata.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

DOC e dintorni

Distinguerlo dall'ansia e dall'ossessività

Condizione	Elemento chiave
DOC	Ossessioni egodistoniche e rituali che riducono l'ansia
GAD	Preoccupazioni realistiche, nessun rituale
Disturbo di personalità ossessivo	Perfezionismo egosintonico, rigidità
Disturbi dello spettro autistico	Routine e interessi ristretti, senza ansia da ossessione
Tic	Movimenti o suoni premonitori, non pensieri

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Disturbi alimentari: red flags

Cosa riconoscere e quando inviare

- [ ] Preoccupazione intensa per peso e forma
- [ ] Restrizione, rituali alimentari, digiuno
- [ ] Abbuffate, condotte di eliminazione
- [ ] Uso di lassativi, diuretici, attività eccessiva
- [ ] Peso in calo, amenorrea, vertigini, bradicardia
- [ ] Isolamento durante i pasti
- [ ] Minimizzazione, negazione del problema

Sempre

Invio medico per valutare i parametri fisici e, se necessario, équipe specializzata. Il rischio medico precede quello psicologico.

Somatizzazione e ansia per la salute

Dolore e sintomi senza causa chiara

Quadro	Elemento chiave
Sintomi somatici	Sintomi reali con pensieri e comportamenti eccessivi
Ansia di malattia	Pochi sintomi, forte timore di avere una malattia
Disturbo di conversione	Sintomi neurologici incompatibili con malattie note
Panico	Sintomi fisici in episodi, paura del peggio

Prima di tutto

Assicurati che il paziente sia stato valutato dal medico.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Uso di sostanze: screening

Chiedere sempre, senza giudizio

Alcol

AUDIT, AUDIT-C.

Droghe

DAST-10.

Fumo

Test di Fagerström.

Gioco d'azzardo

Lie/Bet, PGSI.

Domande semplici

Quanto beve? Con che frequenza? Ha mai avuto problemi a causa dell'alcol? Qualcuno l'ha mai criticata?

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Cause mediche che imitano disturbi psichici

Quando serve l'esame obiettivo

Sintomo psichico	Possibili cause mediche
Ansia, palpitazioni	Ipertiroidismo, aritmie, anemia, feocromocitoma
Depressione, apatia	Ipotiroidismo, carenze, Parkinson, patologie neurologiche
Confusione	Infezioni, farmaci, squilibri elettrolitici
Insonnia	Apnee, dolore, reflusso, farmaci
Psicosi	Epilessia temporale, encefaliti, sostanze, lupus

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.

Diagnosi differenziale: cinque passaggi

Un metodo da applicare sempre

1. **Escludi cause mediche e sostanze**
   Farmaci, alcol, droghe, patologie.
2. **Definisci esordio e decorso**
   Quando, come, quanto dura.
3. **Valuta severità e funzionamento**
   Cosa non riesce a fare.
4. **Verifica la comorbidità**
   Ansia, depressione, sonno, uso di sostanze.
5. **Integra fonti diverse**
   Colloquio, test, informatori, documentazione clinica.

> **Ricorda**
> Una diagnosi è un'ipotesi di lavoro: rivedila con i dati nuovi.

Orientamento clinico, non criterio diagnostico: fai riferimento a DSM-5-TR / ICD-11, linee guida e invio specialistico.