

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Strumenti per la valutazione del paziente affetto da demenza

ottobre 2000

Strumenti per la valutazione del paziente affetto da demenza

• 1. Introduzione	5
• Valutazione delle funzioni cognitive	9
Mini Mental State Examination (MMSE)	11
Severe Impairment Battery (SIB)	17
Milan Overall Dementia Assessment (MODA)	27
Alzheimer's Disease Assessment Scale- (ADAS-Cog)	29
• Valutazione dello stato funzionale	55
Barthel Index	57
Attività di Base della vita quotidiana (BADL)	59
Attività Strumentali della Vita quotidiana (IADL)	61
Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANSS)	63
Scala di Tinetti	65
Physical Performance Test (PPT)	67
Direct Assessment of Functional Status (DAFS)	69
• Valutazione dei sintomi non cognitivi	73
UCLA Neuropsychiatric Inventory	75
Geriatric Depression Scale (GDS)	89
Cornell Depression Scale	91
Scala per la valutazione dell'insight	93
• Valutazione della comorbidità somatica	95
Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)	97
• Valutazione dei caregivers	99
Caregiver burden Inventory (CBI)	101
• Valutazione complessiva della gravità	103
Clinical Dementia Rating Scale	105

1. Introduzione

Il processo di valutazione del paziente demente è essenziale in qualsiasi setting clinico, anche se le finalità possono essere differenti. Oltre allo scopo specifico, la gravità della demenza è l'altro elemento che condiziona la scelta degli strumenti di valutazione. Non è, infatti, possibile utilizzare un set di strumenti uguali in ambiti diversi e con pazienti con livelli di severità di malattia differenti. Naturalmente, in relazione agli scopi ed al setting, potranno variare anche gli operatori coinvolti nel processo valutativo.

Gli *obiettivi del processo valutativo* possono essere così schematizzati

1. screening
2. diagnosi
3. valutazione del carico assistenziale
4. valutazione efficacia di terapie/programmi riabilitativi
5. pianificazione dell'utilizzo di servizi e risorse

In ogni caso, qualsiasi siano gli scopi ed i setting, la valutazione deve rispettare il principio della **multidimensionalità** e della **interprofessionalità** che, nello specifico del paziente demente, significa *la valutazione dei seguenti domini*:

1. funzioni cognitive
2. stato funzionale
3. sintomi non cognitivi e depressione
4. comorbidità somatica
5. stress dei caregivers

A questi domini specifici del demente si aggiunge, come in ogni valutazione multidimensionale dell'anziano, la valutazione del network e dei problemi di tipo sociale ed economico.

Quindi *le variabili che definiscono la scelta degli strumenti di valutazione* sono:

1. setting
 - domicilio - territorio (medicina di base, ADI o altro)
 - Centri Diurni
 - Ospedale (per acuti o riabilitativo)
 - Strutture residenziali (Casa Protetta / RSA)
2. obiettivi della valutazione
3. risorse disponibili (inclusa la tipologia del personale)
4. gravità della demenza

La valutazione dei vari domini può essere fatta attraverso il colloquio clinico con il paziente e con i familiari, ma è molto raccomandato l'utilizzo di strumenti di raccolta dei dati standardizzati che non solo assicura la copertura di tutte le aree di interesse, ma assicura altresì la valutazione oggettiva del paziente, permettendo il follow-up e la comparazione fra pazienti o gruppi di pazienti in setting simili, così come la pianificazione delle risorse e dell'utilizzo dei servizi.

Nelle pagine che seguono vengono proposti per ognuno dei domini sopra considerati una serie di strumenti fra quelli più utilizzati e più utili per la valutazione del paziente demente. Per la scelta degli strumenti ci si è basati sulla esperienza di strutture e reti di servizi già

esistenti o in via di diffusione nel nostro Paese (si veda, tra gli altri: *Bianchetti A, Trabucchi M: La valutazione clinica del demente. In: Le demenze (2nd ed). Trabucchi M (ed.). Utet, Torino, 2000; pp57-126; Senin U: Il progetto ReGAL (Rete Geriatrica Alzheimer). Giorn Gerontol 2000;48:93-126.; Bonavita V, Caltagirone C et al per la Società Italiana di Neuroscienze; Expert Panel Alzheimer. Malattia di Alzheimer. Documento di Consenso. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1999)*

Ogni strumento è seguito da una sintetica scheda che ne illustra referenze, finalità, peculiarità ed offre suggerimenti per la somministrazione.

Naturalmente non si tratta né di un elenco esaustivo, né di per sé vincolante, ma di una base di lavoro che potrebbe rappresentare il minimo comune denominatore per le strutture regionali, punto di partenza per un percorso partecipato e condiviso di progressiva omogeneizzazione anche degli strumenti di valutazione.

E' opportuno sottolineare che **l'utilizzo degli strumenti descritti richiede un adeguato training degli operatori.**

Valutazione delle funzioni cognitive

Vengono proposti solo strumenti che hanno un significato di screening o di valutazione complessiva delle funzioni cognitive. Tali test non esauriscono certamente la valutazione neuropsicologica soprattutto per finalità diagnostiche, ma rappresentano solamente il minimo indispensabile in qualsiasi ambito in cui viene ricoverato o ospitato un demente.

Il MMSE rappresenta lo strumento più diffuso e probabilmente, nonostante i molti limiti, è lo strumento di screening e di valutazione basale (anche per il follow-up) più utile.

Per i pazienti dementi di gravità moderato-severa è più utile e più informativa la SIB. La SIB viene generalmente utilizzata per pazienti con punteggi di MMSE inferiori a 13. Non è di per sé uno strumento diagnostico, ma una rating scale per soggetti con demenza già riconosciuta in fase moderato-severa.

Il MODA è un ottimo strumento, anch'esso ampiamente utilizzato, sia per lo screening sia per il follow-up. E' più completo del MMSE e, anche utilizzato da solo, permette di ottenere un profilo delle funzioni cognitive del paziente maggiormente informativo. E' naturalmente più lungo e complesso.

L'ADAS-Cog è uno strumento utilizzato soprattutto nei trials clinici e raramente utilizzato in ambiti strettamente clinici, anche se è un buon strumento di valutazione delle funzioni cognitive. Si tratta anche in questo caso di uno strumento di rating più che di diagnosi e l'uso corretto ne prevedrebbe la somministrazione solo nei casi di malattia di Alzheimer già clinicamente accertata. E' uno strumento più informativo del MMSE, anche se più lungo e complesso da somministrare.

Valutazione dello stato funzionale

Rappresenta un momento fondamentale sia per le finalità diagnostiche che terapeutico-riabilitative, assistenziali e sociali in senso lato.

Vengono proposte una serie di scale che coprono lo spettro delle funzioni di base e di quelle strumentali, sia con metodologia di valutazione diretta che indiretta.

Le IADL di Lawton e Brody ed il Barthel Index sono tra i più diffusi strumenti per la valutazione indiretta (vale a dire attraverso l'intervista del familiare) dello stato funzionale e sono indispensabili in qualsiasi ambiente (va ricordato che in casa protetta o in RSA la

valutazione delle abilità strumentali non è usualmente informativa).

La BANNIS è uno strumento osservazionale utile soprattutto per i pazienti più gravi, per evitare il cosiddetto “effetto pavimento” delle tradizionali scale. E’ particolarmente utile in setting in cui vi sono pazienti con demenza grave.

La scala di Tinetti trova una indicazione specifica nella valutazione del rischio di caduta. Sebbene non sia specifica per la popolazione demente, poiché i disturbi della marcia e dell’equilibrio sono frequenti in questi pazienti, è indicata in setting di riabilitazione e nelle istituzioni che accolgono i pazienti più gravi.

Il PPT e la DAFS sono scale per la valutazione diretta delle attività di base e strumentali, rispettivamente. Sono particolarmente utili nei pazienti con demenza lieve e nella valutazione dell’efficacia di interventi terapeutici o riabilitativi.

Naturalmente in ambiti particolari possono essere utilizzati strumenti che valutano funzioni specifiche, quali l’alimentazione, l’incontinenza, la capacità di alzarsi dal letto, ecc.

Valutazione dei sintomi non cognitivi

Rappresenta un momento fondamentale sia nella fase diagnostica, che per la programmazione e verifica degli interventi terapeutici e riabilitativi, che per la pianificazione dell’utilizzo dei servizi.

L’NPI rappresenta lo strumento più moderno e completo, soprattutto nella versione presentata che si compone di 12 items e valuta anche il distress psicologico dei familiari. L’utilizzo sistematico dell’NPI è utile in qualsiasi setting e per ogni livello di gravità del paziente.

Sebbene anche l’NPI valuti la depressione, in alcuni ambiti è consigliato un approfondimento di questo sintomo, così rilevante ai fini diagnostici, terapeutici ed anche riabilitativi. Vengono proposti due strumenti: la GDS più utile per i pazienti lievi - moderati e la Cornell, utilizzabile anche con i soggetti con demenza più grave.

La valutazione standardizzata della consapevolezza di malattia del paziente (insight) è particolarmente indicata in ambiti specializzati e con i pazienti più lievi.

Valutazione della comorbidità somatica

La scala proposta (CIRS) è particolarmente indicata in ambiti a bassa specializzazione sanitaria (assistenza domiciliare, centri diurni, strutture residenziali) in quanto non richiede strumenti sofisticati né indagini specifiche, ma è sufficiente l’anamnesi e l’esame obiettivo. Naturalmente non sostituisce gli strumenti più complessi utilizzati in ambiti clinici, anche se una raccolta sistematica del livello di comorbidità è sempre raccomandata.

Valutazione dei caregivers

Rappresenta uno degli elementi fondamentali della valutazione del paziente demente, in qualsiasi setting. Vi sono molti strumenti ampiamente utilizzati. La scala proposta (CBI) offre la possibilità di ottenere un profilo del carico del caregiver nei vari domini (dipendenza, evolutivo, fisico, sociale, emotivo) e quindi è particolarmente raccomandata.

Valutazione complessiva della demenza

La scala proposta (CDR) è una tra le più utilizzate, anche se non è il solo strumento di stadiazione della gravità clinica della demenza disponibile.

In definitiva, ogni equipe di lavoro può trovare tra gli strumenti presentati quelli più utili per le finalità precipe e per la tipologia dei pazienti che afferiscono al proprio servizio.

2. VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE

Mini Mental State Examination (MMSE)
Severe Impairment Battery (SIB)
Milan Overall Dementia Assessment (MODA)
Alzheimer's Disease Assessment Scale- (ADAS-Cog)

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

(Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., *J.Psychiatr.Res*;12:189-198, 1975)

1. Orientamento temporo-spaziale

Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

2. Memoria

L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente.

[0] [1] [2] [3]

L'esaminatore deve ripeterli fino a quando il paziente non li abbia imparati (max 6 ripetizioni).

Tentativi n. _____

3. Attenzione e calcolo

Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte.

Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

4. Richiamo delle tre parole

Richiamare i tre termini precedentemente imparati.

[0] [1] [2] [3]

5. Linguaggio

Il paziente deve riconoscere due oggetti.

Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio).

[0] [1] [2]

Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE". [0] [1]

Esecuzione di un compito su comando.

Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo.

[0] [1] [2] [3]

Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi".

Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato [0] [1]

Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo. [0] [1]

Far copiare al paziente il disegno indicato. [0] [1]

(Il materiale delle ultime due prove va conservato)

PUNTEGGIO COMPLESSIVO

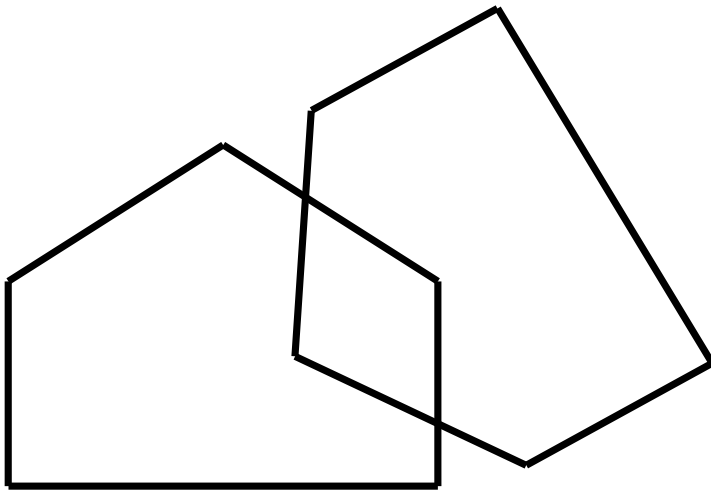
_____/30

PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO

_____/30

LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE: 1) Allerta 2) Assopito 3) Stupor 4) Coma

Disegno:



Frase:

C H I U D A

G L I

O C C H I

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Il MMSE rappresenta un rapido e sensibile strumento per l'esplorazione della funzione cognitiva e delle sue modificazioni nel tempo, applicabile anche in forme gravi di deterioramento.

Fra le versioni disponibili si propone quella validata dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (G.B.Frisoni, R.Rozzini, A.Bianchetti, M.Trabucchi: *Principal lifetime occupation and MMSE score in elderly persons. Journal of Gerontology: Social Sciences* 48:S310-S314, 1993)

La somministrazione richiede 10-15 minuti.

Il punteggio totale, dato dalla somma dei punteggi che il paziente ha ottenuto a ciascun item, può andare da un minimo di 0 (massimo deficit cognitivo) ad un massimo di 30 (nessun deficit cognitivo). Il punteggio soglia è 23-24 e la maggior parte delle persone anziane non dementi ottiene punteggi raramente al di sotto di 24. Tuttavia i valori dei punteggi cut-off riportati in studi recenti variano notevolmente nei diversi lavori, in quanto fattori come l'età e la scolarità contribuiscono significativamente alle variazioni dei punteggi attesi nella popolazione normale; per questo motivo sono stati elaborati coefficienti di aggiustamento del punteggio (vedi oltre).

È costituito da 11 item tramite i quali vengono valutate alcune funzioni cognitive:

Item 1: orientamento temporale

Item 2: orientamento spaziale

Item 3: memoria immediata (memoria di fissazione o registrazione)

Item 4: attenzione e calcolo

Item 5: memoria di richiamo

Item 6: linguaggio-denominazione

Item 7: linguaggio-ripetizione

Item 8: linguaggio-comprensione orale

Item 9: linguaggio-lettura e comprensione scritta

Item 10: linguaggio-generazione di frase scritta

Item 11: copia di disegno (prassia costruttiva)

Item 1 e 2

Le informazioni possono essere raccolte sotto forma di colloquio.

Gli elementi correttamente forniti possono essere sottolineati o cerchiati. Si assegna un punto per ogni localizzazione temporale esatta ed un punto per ogni localizzazione spaziale esatta.

Item 3

Dopo aver nominato tre parole (casa, pane, gatto), chiaramente e lentamente (una al secondo) invitare il paziente a ripeterle. Qualora non riesca al primo tentativo è possibile ripeterle fino ad un massimo di sei tentativi oltre i quali la prova viene sospesa. Si assegna un punto per ogni parola correttamente ripetuta al primo tentativo.

Item 4

Chiedere al paziente di sottrarre per 5 volte sette da cento; il paziente va fermato dopo cinque risposte indipendentemente dalla loro correttezza. Se il paziente non riesce a fornire le risposte o non vuole eseguire la prova è possibile, in alternativa, chiedere di scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta. Si assegna un punto per ogni risposta (sottrazione o lettera) correttamente fornita.

Item 5

Si invita il paziente a ricordare le tre parole precedentemente somministrate. Si assegna un punto per ogni termine correttamente ricordato.

Item 6

Vengono mostrati due oggetti (penna ed orologio) chiedendo di denominarli. Si assegna un punto per ogni oggetto correttamente identificato.

Item 7

Si valuta l'abilità a ripetere uno scioglilingua: "TIGRE CONTRO TIGRE". Un punto se la prova è eseguita correttamente.

Item 8

Si presenta al paziente un foglio bianco chiedendogli di eseguire il seguente compito: prendere il foglio con la mano destra, piegarlo in due e riporlo sul tavolo. Si assegna un punto per ogni operazione correttamente eseguita.

Item 9

Si mostra al paziente un foglio con la scritta "chiuda gli occhi" chiedendo di eseguire il comando scritto. Viene assegnato un punto se l'ordine viene eseguito.

Item 10

Viene fornito un foglio bianco al paziente chiedendo di scrivere una frase. La frase deve contenere soggetto e verbo e deve avere un senso compiuto; in questo caso si assegna un punto.

Item 11

Si mostra al paziente un disegno costituito da due pentagoni intersecati chiedendogli di copiarlo. Si assegna un punto se la copia è corretta, ossia se ognuna delle figure ha cinque angoli e se due di questi sono intersecanti.

Il punteggio complessivo è direttamente proporzionale alla efficienza delle funzioni cognitive. Il valore massimo è 30. E' necessario correggere il punteggio grezzo per età e scolarità del soggetto (vedi tabella). E' considerato normale un punteggio corretto superiore a 24.

Coefficienti di aggiustamento del MMSE per classi di età e educazione nella popolazione italiana (Magni et al, 1996).

	<i>Intervallo di età</i>	<i>65-69</i>	<i>70-74</i>	<i>75-79</i>	<i>80-84</i>	<i>85-89</i>
<i>Livello di educazione</i>						
<i>0-4 anni</i>		+0.4	+0.7	+1.0	+1.5	+2.2
<i>5-7 anni</i>		-1.1	-0.7	-0.3	+0.4	+1.4
<i>8-12 anni</i>		-2.0	-1.6	-1.0	-0.3	+0.8
<i>13-17 anni</i>		-2.8	-2.3	-1.7	-0.9	+0.3

Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato.

THE SEVERE IMPAIRMENT BATTERY

(Saxton J., McGonigle K.L., Swihart A.A., and Boller F., Thames Valley Test Company, 1993)

- 1-IS** a. Avvicinarsi al soggetto e porgere la mano *“Buongiorno, mi chiamo”*
2 punti: il S porge la mano spontaneamente
1 punto: alza la mano verso l'E ma non la prende
b. *“Vorrei farle delle domande, venga con me nello studio”*
Suggerimento: prendendo il braccio del soggetto: *“Venga con me”*
2 punti: il S si muove spontaneamente nella direzione indicata
1 punto: esegue il comando con suggerimento
c. *“Si sieda qua”*
Suggerimento: prendendo il braccio del soggetto: *“Si sieda qua”*
2 punti: il S si siede spontaneamente
1 punto: esegue il comando con suggerimento
- 2-M** *“Mi chiamo [nome], cerchi di ricordare il mio nome perché tra poco glielo chiederò”*
Pausa
“Come mi chiamo? (Sì) Mi chiamo [nome]”
2 punti: corretto
1 punto: con approssimazione
- 3-O** *“Qual è il suo nome?”*
Se il S dice solo il nome o il cognome:
Suggerimento, es *“Anna chi?”*
2 punti: nome e cognome (un suggerimento permesso)
1 punto: solo nome o cognome
- 4-L** a. *“Scriva il suo nome”*
2 punti: corretto e completo
1 punto: parzialmente corretto (nome o cognome)
b. Se il S non esegue il compito, scrivere il suo nome:
“Copi questo”
2 punti: corretto o 4a corretto
1 punto: parzialmente corretto
- 5-O** *“In che mese siamo?”*
Suggerimento: *“E' [sei mesi prima], [mese attuale], [mese precedente]?”*
2 punti: corretto
1 punto: corretto con suggerimento a scelta multipla
- 6-L** *“Quali sono i mesi dell'anno?”*
Suggerimento: *“Gennaio, Febbraio, Marzo, ... vada avanti”*
2 punti: corretto
1 punto: corretto, con suggerimento
- 7-O** *“Come si chiama questa città?”*
Suggerimento: *“E' Bergamo, Brescia o Arezzo [nome della città e due*

alternative]?”

2 punti: corretto

1 punto: corretto, con suggerimento

8-L

a. *“Come si chiama la cosa con cui si prende il caffè?”*

Suggerimento: *“Qual è l'oggetto di porcellana con cui si beve il caffè?”*

2 punti: 'tazzina' o 'tazza'

1 punti: alternativa correlata (es. 'bicchiere' o 'caffettiera') o corretto, con suggerimento

0 punti: oggetto non correlato (es. 'piatto')

b. *“Come si chiama la cosa con cui si mangia la minestra?”*

Suggerimento: *“Come si chiama l'utensile, la posata, che si usa per la minestra?”*

2 punti: 'cucchiaino'

1 punti: alternativa correlata (es. 'mestolo') o corretto, con suggerimento

0 punti: oggetto non correlato (es. 'coltello')

9-L

Mostrare la scritta: “MI DIA LA MANO”

“Legga questo cartello e faccia ciò che c'è scritto”

1° Suggerimento: Ripetere l'istruzione e tendere la mano verso il soggetto

2° Suggerimento: Leggere a voce alta il comando

2 punti: porge spontaneamente la mano

1 punti: esegue il comando con approssimazione (es. alza la mano ma non la porge all'E) o corretto, con il primo suggerimento

0 punti: l'E legge il cartello

b. *“Ora mi dia l'altra mano”*

Suggerimento: Ripetere l'istruzione porgendo la mano tesa ed aperta

2 punti: porge spontaneamente l'altra mano

1 punti: esegue il comando con approssimazione, porge la stessa mano o corretto, con suggerimento

c. Mostrare di nuovo il cartello: “MI DIA LA MANO”

“Cosa c'è scritto?”

Suggerimento: *“Legga ad alta voce la scritta su questo cartello”*

2 punti: legge spontaneamente

1 punti: parzialmente corretto (es. sbaglia la lettura o legge solo una parte della frase) o corretto, con suggerimento

10-M

“Mi può ripetere quello che ha letto?”

Suggerimento: *“Cosa c'era scritto?”*

2 punti: ripete spontaneamente in modo corretto

1 punto: parzialmente corretto (es. solo parte della frase) o corretto, con suggerimento

11-L

a. *“Ora ripeta questa frase: 'la gente spende i soldi'”*

2 punti: ripete correttamente

1 punto: ripetizione parzialmente corretta, o commento contenente la parola (es. 'i soldi non bastano mai')

b. *“Ripeta questa parola: 'bambino’”*

2 punti: ripete correttamente

1 punto: ripetizione parzialmente corretta, o commento contenente la parola (es. 'amo i bambini')

12-ATT

“Adesso ripeta questi numeri”

2 5
 8 7 4 1
 5 8 2 6 9 4
 6 4 3 9 7 2 8 6
 4 2 7 3 1 7 5 8 3 6

Interrompere dopo errore in entrambe le serie di uguale lunghezza

2 punti: corretta ripetizione di una serie di 3, 4, 5 cifre

1 punto: corretta ripetizione di una o due serie

- 13-L *“Mi dica cosa le piace mangiare e/o mi dica cosa le piace cucinare/mangiare a colazione, pranzo e cena”*
 Registrare tutti gli item detti in un minuto
2 punti: 4 o più item
1 punto: meno di 4 item
- 14-M *“Ricorda il mio nome? (Sì) Mi chiamo [nome] ”*
2 punti: spontaneamente e corretto
1 punto: con approssimazione
- 15-L Mostrare la foto della tazza: *“Cos’è questa?”*
2 punti: 'tazza'
1 punto: alternativa (es. 'bicchiere', 'tazzina')
- 16-PR *“Mi faccia vedere come la usa”*
2 punti: una chiara dimostrazione
1 punto: con approssimazione (es. alza la mano senza portarla chiaramente verso la bocca)
- 17-L Anche se il S totalizza 2 punti nella domanda 15: *“Prenda questa [porgere la tazza]. Cos’è?”*
2 punti: spontaneamente corretta o 15 corretta
1 punto: con approssimazione
- 18-PR *“Mi faccia vedere (ancora) come la usa”*
2 punti: una chiara dimostrazione
1 punto: con approssimazione (es. alza la mano ma non chiaramente verso la bocca)
- 19-L Omettere questa domanda se S ha risposto correttamente alla 15 o all 17 e dare 1 punto
“E' una pizza o una tazza?”
1 punto: tazza o 15 o 17 corretto
0 punto: pizza
“Tenga a mente questa tazza [mostrare la tazza] perché tra poco le richiederò cos’è”
- 20-L Mostrare la foto di un cucchiaino: *“Cos’è questo?”*
2 punti: 'cucchiaino'
1 punto: approssimazione (es. 'posata', 'argenteria')
- 21-PR *“Mi faccia vedere come la userebbe”*
Suggerimento: *“Cosa c'era scritto?”*
2 punti: chiara dimostrazione

1 punto: buona approssimazione (es. mano sollevata verso la bocca, ma senza movimento della bocca verso la mano)

22-L Se il S riceve 2 punti nella 20 attribuire 2 punti, ma completare sempre il compito
“Prenda questo [porgere il cucchiaino] cos'è (ancora)?”

2 punti: spontaneamente corretto o 20 corretto

1 punto: approssimazione (es. posata, argenteria)

23-PR Far prendere il cucchiaino al S: *“Mi mostri (ancora) come si usa”*

2 punti: chiara dimostrazione

1 punto: approssimazione (es. mano verso l'alto, ma non chiaramente verso la bocca)

24-L Omettere questa domanda se il S ha eseguito correttamente la 20 o la 22 e dare 1 punto
“E' un sonaglio o un cucchiaino?”

1 punto: cucchiaino oppure 20 o 22 corretto

0 punti: sonaglio

Mostrare ancora la tazza e il cucchiaino

“Tenga a mente questo cucchiaino [prendere il cucchiaino] e questa tazza [prendere la tazza] perché glieli richiederò più tardi. Li guardi bene e cerchi di ricordarli”

25-M Disposizione oggetti:

A sinistra dell'E - contenitore al centro - piatto a destra - tazza

“Quale di questi oggetti le ho chiesto di ricordare?”

A sinistra dell'E - cucchiaino al centro - mestolo a destra - forchetta

“Le ho pure chiesto di ricordare uno di questi oggetti, qual era?”

2 punti: nomina 'tazza' e 'cucchiaino'

1 punto: nomina o la tazza o il cucchiaino

Mostrare di nuovo cucchiaino e tazza: *“Si ricordi questo cucchiaino [alzare il cucchiaino] e questa tazza [alzare la tazza] perché tra poco glieli chiederò ancora. Li guardi bene e cerchi di ricordarli”*

26-L Mostrare al S il blocchetto di legno blu: *“Che colore è?”*

Suggerimento: *“E' blu o rosso?”*

2 punti: spontaneamente corretto

1 punto: colore o tonalità vicino all'originale (es. azzurro) o corretto, con suggerimento

27-VS Disposizione oggetti:

A sinistra dell'E - blu al centro - verde a destra - rosso

“Quale di questi blocchetti di legno [indicarli] ha lo stesso colore di questo?”

Suggerimento: *“Questo è il mio blocchetto blu, mi mostri il suo”*

Se non corretto o S non risponde: *“Eccolo, questo è il blocchetto blu”*

2 punti: spontaneamente e corretto
1 punto: corretto, con suggerimento
0 punti: se l'E indica il blocco

28-M

Disposizione oggetti:

A sinistra dell'E - verde al centro - blu a destra - rosso

“Mi dia di nuovo il blocchetto, lo stesso che mi ha già dato (le ho già mostrato)”

Suggerimento: *“Quale blocchetto mi ha appena dato (le ho appena mostrato)? Questo, questo o questo [indicare i blocchetti]?”*

Se non corretto o S non risponde: *“Eccolo, è questo”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: corretto, con suggerimento

0 punti: non corretto o se l'E indica il blocco

29-VS

“Ora mi dia un blocchetto diverso, non quello che le ho appena mostrato, uno differente”

Suggerimento: *“Questo è il blocchetto blu [alzare il blocchetto blu], mi dia un blocchetto di colore diverso”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: corretto, con suggerimento

30-L

a. Mostrare il blocco rosso: *“Che colore è?”*

Suggerimento: *“E' blu o rosso?”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: colore simile all'originale (es. rosa o arancione) o corretto dopo scelta forzata

a. Mostrare il blocco verde: *“Che colore è?”*

Suggerimento: *“E' verde o blu?”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: colore simile all'originale (es. oliva o pisello) o corretto dopo scelta forzata

c. Mostrare il blocchetto quadrato nero: *“Che forma è?”*

Suggerimento: *“E' un quadrato o un cerchio?”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: corretto con suggerimento

31-VS

Disposizione oggetti:

A sinistra dell'E - triangolo al centro - cerchio a destra - quadrato

Prendere un blocchetto quadrato e mostrarlo al S: *“Quale di questi blocchetti [indicarli] ha la stessa forma di questo?”*

Suggerimento: *“Questo è il mio blocchetto quadrato, mi mostri il suo”*

Se non corretto o S non risponde: *“Eccolo, è questo il blocchetto quadrato”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: corretto, con suggerimento

0 punti: non corretto o se l'E indica il blocco

32-M

Disposizione oggetti:

A sinistra dell'E - cerchio al centro - quadrato a destra - triangolo

“Mi dia di nuovo il blocchetto, lo stesso che mi ha già dato (le ho già mostrato)”

Suggerimento: *“Quale blocchetto mi ha appena dato (le ho appena mostrato)? Questo, questo o questo [indicare i blocchetti]?”*

Se non corretto o S non risponde: *“Eccolo, è questo”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: corretto, con suggerimento

0 punti: non corretto o se l'E indica il blocco

33-VS

“Ora mi mostri una forma diversa, non quella che le ho appena mostrato, una differente”

Suggerimento: *“Questo è un quadrato [prendere il blocchetto quadrato]. Mi mostri una forma diversa”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: corretto, con suggerimento

34-L

a. Mostrare il blocchetto circolare: *“Che forma è?”*

Suggerimento: *“E' un quadrato o un cerchio?”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: corretto, con suggerimento

b. Mostrare il blocchetto triangolare: *“Che forma è?”*

Suggerimento: *“E' un triangolo o un quadrato?”*

2 punti: spontaneamente e corretto

1 punto: corretto, con suggerimento

35-C

a. *“Disegni un cerchio”*

Suggerimento: Mostrando il disegno di un cerchio *“Copi questo”*

2 punti: cerchio, ovale o ellisse disegnati spontaneamente

1 punto: con approssimazione (es. semicerchio) o corretto con suggerimento

b. *“Disegni un quadrato”*

Suggerimento: Mostrare il disegno di un quadrato *“Copi questo”*

2 punti: quadrato, rettangolo o rombo (la figura deve avere quattro lati)

1 punto: con approssimazione (es. forma incompleta) o corretto con suggerimento

36-ATT

“Ora batterò sul tavolo e conterò il numero delle volte, ascolti”

(Battere sul tavolo per 3 volte e contare 1, 2, 3)

“Ora conti lei mentre io batto, ricordi di continuare, non si fermi”

(Battere sul tavolo per 5 volte. E' permesso solo un suggerimento)

2 punti: S conta fino a 5 autonomamente

1 punto: S conta fino a 5 con un suggerimento

0 punti: S richiede più di un suggerimento o non conta fino a 5

37-ATT

Alzare il primo, secondo e terzo dito: *“Guardi le mie dita, vede, sto tenendo su tre dita”*

Alzare il primo dito: *“Ora sto tenendo su un dito”*

Alzare il primo e il quarto dito: *“Ora conti le mie dita. (Si), due dita”*

Alzare solo il primo dito, se il soggetto non conta spontaneamente: *“Conti le mie dita, di seguito, senza fermarsi”*

(E' permesso solo un suggerimento. L'attribuzione del punteggio comincia qui)

I e IV dito; I dito; I, II, III; IV; I, II, III, IV

2 punti: S conta le cinque presentazioni senza fermarsi

1 punti: S conta le cinque presentazioni, ma si ferma una volta o riceve un suggerimento

0 punti: sbagliato o più di un suggerimento

38-M

Disposizione oggetti:

A sinistra dell'E - misurino al centro - tazza a destra - mestolo

"Quale di questi oggetti le ho chiesto di ricordare?"

A sinistra dell'E - coltello al centro - forchetta a destra - cucchiaio

"Le ho pure chiesto di ricordare uno di questi oggetti, qual era?"

2 punti: tazza e cucchiaio riconosciuti

1 punto: tazza o cucchiaio

Prepararsi a lasciare la stanza

39-ON

Mentre si torna nella sala di attesa, fermarsi dietro al S e chiamarlo per nome

2 punti: risposta spontanea (es. il paziente si volta)

1 punti: qualche reazione (verbale o non verbale), ma S sembra non essere sicuro della provenienza del suono

0 punti: nessuna risposta

40-L

Se il S risponde alla domanda 39, coinvolgerlo in una conversazione

"Allora, come va?"

Suggerimento: *"Ha programmi per il fine settimana? Ha avuto visite oggi"*

Alternativa: se il S non risponde alla domanda 39, chiedere comunque qualcosa prima di salutarlo

2 punti: risposta coerente e appropriata (deve essere una frase completa)

1 punti: risposta appropriata, ma non completa (es. sto bene, sì)

S.I.B.
Tavola del punteggio globale

INTERAZIONI SOCIALI (IS)

1a. Dare la mano	2	1	0
1b. Seguire le direzioni	2	1	0
1c. Sedersi/muoversi verso il tavolo/avvicinarsi	2	1	0
Totale ____/6			

MEMORIA (M)

2. Nome dell'E immediato	2	1	0
14. Nome dell'E differito	2	1	0
10. Frase	2	1	0
25. Oggetto immediato	2	1	0
38. Oggetto differito	2	1	0
28. Blocchetto colorato	2	1	0
32. Forma	2	1	0
Totale ____/14			

ORIENTAMENTO (O)

3. Nome del S	2	1	0
5. Mese	2	1	0
7. Città	2	1	0
Totale ____/6			

LINGUAGGIO (L)

4a. Scrivere nome	2	1	0
4b. Copiare nome	2	1	0
6. Mesi dell'anno	2	1	0
8a. Denominazione tazza	2	1	0
8b. Denominazione cucchiaio	2	1	0
9a. Comprensione scritta	2	1	0
9b. Comprensione verbale	2	1	0
9c. Lettura	2	1	0
11a. Ripetizione- <i>La gente spende denaro</i>	2	1	0
11b. Ripetizione- <i>Bambino</i>	2	1	0
13. Fluidità	2	1	0
15. Denominazione tazza-foto	2	1	0
17. Denominazione tazza-oggetto	2	1	0
19. Denominazione tazza-scelta forzata	2	1	0
20. Denominazione cucchiaio-foto	2	1	0
22. Denominazione cucchiaio-oggetto	2	1	0
24. Denominazione cucchiaio-scelta forzata	2	1	0
26. Denominazione colore-blu	2	1	0
30a. Denominazione colore-rosso	2	1	0
30b. Denominazione colore-verde		2	1 0
30c. Identificare forma-quadrato	2	1	0

- 34a. Identificare forma-cerchio
 34b. Identificare forma-triangolo
 40. Conversazione libera

2	1	0
2	1	0
2	1	0
Totale ____/46		

ATTENZIONE (ATT)

12. Digit span
 36. Span uditivo
 37. Span visivo

2	1	0
2	1	0
2	1	0
Totale ____/6		

PRASSIA (PR)

16. Uso tazza-foto
 18. Uso tazza-oggetto
 21. Uso cucchiaio-foto
 23. Uso cucchiaio-oggetto

2	1	0
2	1	0
2	1	0
2	1	0
Totale ____/8		

ABILITA' VISUO-SPAZIALE (VS)

27. Scelta colore
 29. Discriminazione colore
 31. Scelta forma
 33. Discriminazione forma

2	1	0
2	1	0
2	1	0
2	1	0
Totale ____/8		

COSTRUZIONE (C)

- 35a. Disegno- cerchio
 35b. Disegno- quadrato

2	1	0
2	1	0
Totale ____/4		

ORIENTAMENTO AL NOME (ON)

39. Orientamento al nome

2	1	0
Totale ____/2		

Punteggio Totale: ____/100

THE SEVERE IMPAIRMENT BATTERY (SIB)

La SIB è stata sviluppata per valutare diversi domini cognitivi in soggetti troppo compromessi per completare i test neuropsicologici standard. E' stata inoltre disegnata come strumento per i terapisti nella valutazione di pazienti affetti da demenza di grado severo.

La SIB cerca di colmare il vuoto lasciato da altri strumenti, fornendo l'opportunità di ottenere dati basati sulla prestazione diretta in un'ampia varietà di compiti di basso livello, che tengono conto di diversi disturbi cognitivi e comportamentali specifici, associati a demenza di grado severo. La maggior parte degli strumenti di valutazione dello stato cognitivo assegna un punteggio che riflette un livello generale di gravità. Anche se questo può essere molto utile, una valutazione più obiettiva del disturbo relativo in diverse aree cognitive, come quella fornita dalla SIB, aumenta la conoscenza del processo di malattia e fornisce maggiore informazione clinica rispetto agli stadi avanzati di demenza.

La SIB valuta abilità cognitive di basso livello. E' stata disegnata tenendo conto degli specifici disturbi cognitivi e comportamentali associati a demenza di grado severo.

E' breve, richiede approssimativamente 20 min. per la somministrazione.

E' composta da comandi molto semplici che sono presentati con suggerimenti gestuali e permette risposte non verbali e parzialmente corrette.

La SIB è uno strumento attendibile e permette valutazioni ripetute. Ogni subscale fornisce punteggi che rappresentano estensioni di livello inferiore degli strumenti usati per valutare la demenza di grado lieve-moderato.

Le sei subscale principali sono: attenzione, orientamento, linguaggio, memoria, abilità visuospatiali, costruzione. Inoltre, sono comprese brevi valutazioni di prassia, interazione sociale e orientamento al nome.

Materiali: stimoli su carta, forme in plastica, un cucchiaino, una tazza.

La SIB trova la sua applicazione in soggetti con un punteggio al MMSE inferiore a 13.

La versione proposta è quella validata da Gruppo di Studio sull'Invecchiamento Cerebrale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (*Pippi M, Mecocci P, Saxton J, Bartorelli L, Pettenati C, et al. Neuropsychological assessment of the severely impaired elderly patient: validation of the Italian short version of the Severe Impairment Battery (SIB).. Aging (Milano) 1999 Aug;11(4):221-6*)

Milan Overall Dementia Assessment (MODA)

(Brazzelli M., Capitani E., Della Sala S., Spinnler H., Zuffi M., *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 57:1510-7, 1994)

A) Orientamenti

- Orientamento temporale _____/10
- Orientamento spaziale _____/3
- Orientamento personale _____/10
- Orientamento familiare _____/12

Totale **/35**

B) Autonomia

- Scala di autonomia /15

C) Test

- | | |
|----------------------------|--------|
| - Attenzione matrici | ___/10 |
| - Apprendimento reversal | ___/5 |
| - Intelligenza | ___/6 |
| - Raccontino | ___/8 |
| - Produzione di parole | ___/5 |
| - Token Test | ___/5 |
| - Agnosia digitale | ___/5 |
| - Aprassia costruttiva | ___/3 |
| - Street's completion test | ___/3 |

Totale **/50**

Punteggio totale M.O.D.A. _____/100

MILAN OVERALL DEMENTIA ASSESSMENT

La MODA è una breve batteria che prevede la raccolta sia di dati di inchiesta (ricavati da un congiunto) che di dati testistici che si riferiscono a molteplici domini cognitivi (attenzione, intelligenza, memoria, linguaggio, cognizione spaziale e percezione visiva).

L'accertamento MODA riguarda soprattutto soggetti affetti da una demenza d'esordio, anche se può essere applicato anche a pazienti gravi, per lo più a fini medico-legali o di selezione per una casistica di studio.

La parte ad inchiesta si articola su un massimo di 35 punti per gli orientamenti (personale, temporale, spaziale, familiare) e in 15 punti relativi all'autonomia (prevalentemente motoria) nella vita di tutti i giorni. Il punteggio complessivo è uguale a 100.

La prova comprende una preliminare valutazione in punteggio dell'uso premorbo del linguaggio e del livello socioculturale, nonché del mancinismo e della depressione.

Lo svolgimento dell'intero accertamento dura dai 20 ai 30 minuti.

L'interpretazione dei punteggi MODA è resa incerta in soggetti con gravi difetti neurologici motori o in soggetti con gravi deficit sensoriali o nei gravissimi afasici, nonché nei soggetti pochissimo collaboranti, dal momento che tale batteria è modellata sul comportamento del paziente affetto da demenza di Alzheimer.

La classificazione descrittiva secondo punteggio MODA comprende il deterioramento cognitivo lieve per valori superiori a 60, medio tra 40 e 60, grave per valori inferiori a 40.

Lo strumento è coperto da copyright e può essere richiesto alle Organizzazioni Speciali (Firenze).

ALZHEIMER'S DISEASE ASSESSMENT SCALE (ADAS) (FORMA A)

W.G. Rosen, R.C. Mohs, K.L. Davis
A new rating scale for Alzheimer's disease
American Journal of Psychiatry, 1984; 141: 1356-64

Versione italiana a cura di:

Laboratorio di Neuropsichiatria Geriatrica
Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" – Milano

Data di esecuzione del test

--	--

--	--

--	--

Iniziali del paziente

--	--

Procedure di somministrazione

Viene dapprima somministrato il test di rievocazione di parole. I successivi 10 minuti sono utilizzati per una conversazione libera, allo scopo di valutare i vari aspetti dell'espressione e comprensione verbale. Tale valutazione verrà completata al termine dei test sulla funzione cognitiva. Vengono quindi somministrati gli altri test cognitivi.

Punteggio

I test di *rievocazione di parole* e di *riconoscimento di parole* hanno un punteggio che va da 0 a 10 e da 0 a 12 rispettivamente, determinato dal numero di errori commessi dal paziente. Il punteggio al test di *orientamento* va da 0 a 8 e si basa sul numero di errori. Per gli altri test il punteggio va da 0 (assenza di deficit) a 5 (deficit di massima gravità).

- 0= Assente**
- 1= Molto lieve**
- 2= Lieve**
- 3= Medio**
- 4= Medio-grave**
- 5= Grave**

Il **punteggio totale** della Sezione cognitiva (11 test) della scala va da **0 a 70**.

Nei casi in cui sia impossibile valutare la prestazione ad un test o la presenza di un comportamento, l'esaminatore dichiara che l'item è 'Non valutabile' (vicino allo spazio riservato al punteggio) e specifica le ragioni nelle 'Note'.

Le righe sopra lo spazio riservato al punteggio ('Note') vanno utilizzate per eventuali commenti riguardanti la prestazione del paziente al test in oggetto.

1. RIEVOCAZIONE DI PAROLE (Forma A)

Il paziente legge ad alta voce 10 parole ad alto contenuto immaginativo, esposte ognuna per 2 secondi. Al termine si chiederà al paziente di rievocare le parole ad alta voce.

Istruzioni: *“Ora le mostrerò, una alla volta, una serie di parole. Legga le parole a voce alta e cerchi di ricordarne più che può, perché alla fine le chiederò di ripetermele.”*

I Prova

SI	NO	
☐	☐	burro
☐	☐	braccio
☐	☐	riva
☐	☐	lettera
☐	☐	regina
☐	☐	cabina
☐	☐	palo
☐	☐	biglietto
☐	☐	erba
☐	☐	motore

☐ **Totali (NO)**

II Prova

SI	NO	
☐	☐	biglietto
☐	☐	cabina
☐	☐	burro
☐	☐	riva
☐	☐	motore
☐	☐	braccio
☐	☐	regina
☐	☐	lettera
☐	☐	palo
☐	☐	erba

☐ **Totali (NO)**

III Prova

SI	NO	
☐	☐	regina
☐	☐	erba
☐	☐	braccio
☐	☐	cabina
☐	☐	palo
☐	☐	riva
☐	☐	burro
☐	☐	motore
☐	☐	biglietto
☐	☐	lettera

☐ **Totali (NO)**

Note: _____

Totale parole non ricordate= $\frac{(\text{'No' I Prova}) + (\text{'No' II Prova}) + (\text{'No' III Prova})}{3}$ = ☐

1. RIEVOCAZIONE DI PAROLE

Vengono proposte 3 prove di lettura e rievocazione di una lista di sostantivi ad alta frequenza d'uso e ad alto contenuto immaginativo da apprendere.

Le 10 parole sono stampate su cartoncini.

L'Esaminatore deve attenersi al criterio di una presentazione ogni 2 secondi. Se il paziente non risponde, l'E. dopo 2 sec. deve invitarlo a rispondere leggendo la parola e facendola ripetere dal paziente.

Al termine di ciascuna lista, chiedere al paziente di ricordare quante più parole possibile.

Se le intrusioni diventano continue o problematiche, l'E. deve orientare il paziente ("Sono queste le parole che ha letto?"; "Non si preoccupi dell'ordine in cui le dice").

Forme equivalenti di questa prova, con liste di parole diverse ma approssimativamente equivalenti per frequenza d'uso e contenuto immaginativo, dovrebbero essere utilizzate nel caso si intenda ritestare il paziente prima che siano trascorsi 6 mesi dall'ultima sessione.

Il punteggio è dato dal numero medio di parole non ricordate nelle 3 prove (massimo= 10).

Arrotondamenti: se il punteggio medio dovesse essere, ad es. 3.333, segnare nell'apposito spazio in basso : 3.3. Se invece fosse, ad es. 4.666, segnare: 4.7.

2. DENOMINAZIONE DI OGGETTI E DITA

Il paziente denomina 12 oggetti reali presentati in ordine casuale. Successivamente, si chiederà al soggetto di mettere la sua mano dominante sul tavolo e di denominarne le dita, toccate dall'E. in ordine casuale e non secondo una sequenza ordinata.

Istruzioni: "Qual è il nome di quest'oggetto?"

Scorretto Corretto

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | 1. Fiore
(sboccia in giardino) |
| ☐ | ☐ | 2. Giornale
(vi si leggono le notizie) |
| ☐ | ☐ | 3. Forbici
(si usano per tagliare la carta) |
| ☐ | ☐ | 4. Pettine
(si usa sui capelli) |
| ☐ | ☐ | 5. Pipa
(serve per fumare) |
| ☐ | ☐ | 6. Portafoglio
(ci si mettono i soldi) |

Scorretto Corretto

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 7. Letto
(è usato per dormire) |
| ☐ | ☐ | 8. Fischietto
(fa un suono quando ci si soffia dentro) |
| ☐ | ☐ | 9. Cacciavite
(arnese per piccoli lavori) |
| ☐ | ☐ | 10. Timbro
(si usa sui francobolli) |
| ☐ | ☐ | 11. Maschera
(si usa per nascondere il volto/faccia) |
| ☐ | ☐ | 12. Armonica (a bocca)
(è uno strumento musicale) |

DITA

Scorretto Corretto

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| ☐ | ☐ | 1. Indice |
| ☐ | ☐ | 2. Mignolo |
| ☐ | ☐ | 3. Medio |
| ☐ | ☐ | 4. Pollice |
| ☐ | ☐ | 5. Anulare |

Note: _____

Punteggio:

0= 0-2 oggetti e/o dita denominati scorrettamente
1= 3-5 oggetti e/o dita denominati scorrettamente
2= 6-8 oggetti e/o dita denominati scorrettamente
3= 9-11 oggetti e/o dita denominati scorrettamente
4= 12-14 oggetti e/o dita denominati scorrettamente
5= 15-17 oggetti e/o dita denominati scorrettamente

Punteggio

2. DENOMINAZIONE DI OGGETTI E DITA

La prima domanda relativa a ciascun oggetto sarà: “Qual è il nome di quest’oggetto?” oppure “Come si chiama quest’oggetto?”

Se il paziente non risponde, l’esaminatore fornirà il suggerimento per quell’oggetto riportato fra parentesi. Se il paziente continua a non rispondere o fornisce una risposta errata, si passa all’oggetto successivo.

Non bisogna ripetere un particolare ordine di presentazione degli oggetti.

Per molti oggetti esiste più di una risposta corretta.

Una risposta diversa da quella fornita sulla scheda va considerata corretta se è un nome che potrebbe essere usato da una persona non demente con un bagaglio culturale simile a quello del paziente. Termini correnti, dialettali o locali sono accettabili e vengono considerati come risposte corrette.

Esempi: *quotidiano* per giornale; *organetto*, *organino* o *fisarmonica a bocca* per armonica.

Descrizioni degli oggetti, parafasie semantiche o fonemiche vanno considerate come risposte errate.

Gli oggetti e la loro frequenza di riconoscimento da parte dei pazienti affetti da demenza di Alzheimer sono:

alta frequenza

Fiore (artificiale)
Giornale
Forbici
Pettine

media frequenza

Pipa
Portafoglio
Letto (giocattolo)
Fischietto

bassa frequenza

Cacciavite
Timbro
Maschera
Armonica (a bocca)

3. ESECUZIONE DEI COMANDI

Ciascun elemento sottolineato rappresenta un singolo passo. Il comando può essere ripetuto una sola volta integralmente. Il giudizio (corretto/scorretto) si riferisce all'esecuzione del comando nel suo insieme.

Istruzioni *"Adesso le chiederò di fare alcune azioni... Faccia il pugno".*

Scorretto Corretto

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | 1. Faccia il <u>pugno</u> |
| ☐ | ☐ | 2. Indichi il <u>soffitto</u> e poi il <u>pavimento</u> |
| Allineare una matita, un orologio e un cartoncino da sinistra verso destra rispetto all'E | | |
| ☐ | ☐ | 3. Metta la <u>matita sopra il cartoncino</u> e poi <u>la rimetta</u> dov'era |
| ☐ | ☐ | 4. Metta l' <u>orologio</u> dall' <u>altra parte della matita</u> e poi <u>volti il cartoncino</u> |
| ☐ | ☐ | 5. Tocchi <u>ciascuna spalla due volte con due dita</u> , <u>tenendo gli occhi</u>
<u>chiusi</u> |

Note: _____

Punteggio:

0= 5 comandi eseguiti correttamente
1= 4 comandi eseguiti correttamente e 1 scorrettamente
2= 3 comandi eseguiti correttamente e 2 scorrettamente
3= 2 comandi eseguiti correttamente e 3 scorrettamente
4= 1 comandi eseguiti correttamente e 4 scorrettamente
5= 0 comandi eseguiti correttamente o 5 scorrettamente

Punteggio

3. ESECUZIONE DI COMANDI

La prova si propone di valutare la capacità di comprensione del soggetto. Al paziente verrà chiesto di eseguire dei comandi di difficoltà crescente.

Ciascun comando sarà letto una volta. Se il paziente non risponde o commette un errore, l'E. ripeterà l'intero comando un'altra volta. Quindi passerà al comando successivo.

Se il paziente sbaglia un qualsiasi passo del comando, l'intero comando è da considerarsi scorretto.

4. PRASSIA COSTRUTTIVA

Oltre al foglio con le figure, l'E. darà al soggetto una matita e una gomma.

Istruzioni: “Vede questa figura? Tenti di disegnarne una uguale qui (indicare) sul foglio”

Sono possibili 2 tentativi per ogni figura.

Scorretto Corretto

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| ☐ | ☐ | 1. Cerchio |
| ☐ | ☐ | 2. Due rettangoli sovrapposti |
| ☐ | ☐ | 3. Rombo |
| ☐ | ☐ | 4. Cubo |

Note: _____

L'ordine di presentazione dei disegni e i criteri per l'assegnazione del punteggio a ciascuna figura sono:

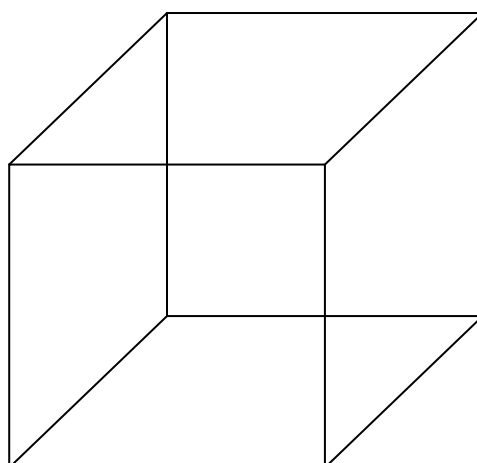
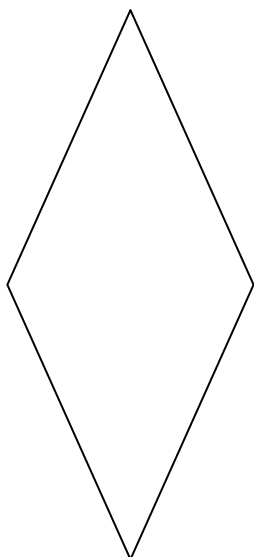
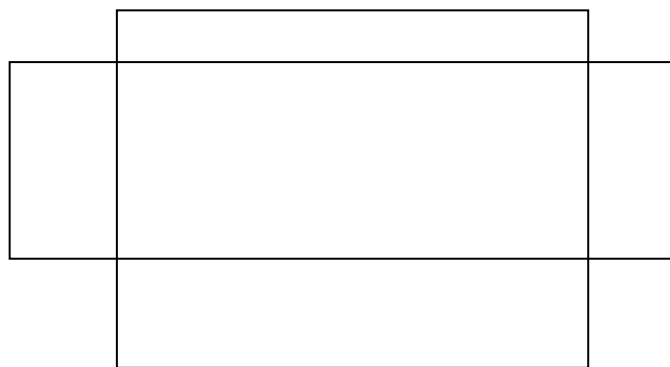
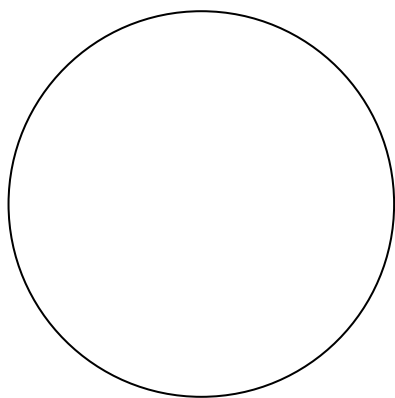
- I. **Cerchio** (di circa 5.1 cm di diametro): *figura curva, chiusa*
- II. **Due rettangoli sovrapposti** (quello verticale di 5.1 cm x 6.4 cm; quello orizzontale di 2.6 cm x 8.8 cm): *le figure devono avere 4 lati e la sovrapposizione deve essere simile al modello. Modificazioni delle dimensioni sono accettabili.*
- III. **Rombo** (diamante; lati di 5.3 cm, angoli acuti di 50°, ottusi di 130°): *la figura deve avere 4 lati, orientati in modo tale che 'le punte' siano in alto e in basso, con i lati approssimativamente di uguale lunghezza.*
- IV. **Cubo** (lati di 5.1 cm e presenza delle linee interne): *la figura è tridimensionale, con la faccia anteriore orientata correttamente e le linee interne tracciate correttamente tra gli angoli. I lati e le superfici opposte dovranno essere approssimativamente paralleli.*

Punteggio:

0= corretti tutti e 4 i disegni
 1= 1 disegno scorretto
 2= 2 disegni scorretti
 3= 3 disegni scorretti
 4= 4 disegni scorretti
 5= il paziente non disegna alcuna figura: scarabocchi;
 solo alcune parti delle figure; parole al posto del disegno **Punteggio**



Corretti	Scorretti	Corretti	Scorretti	Corretti	Scorretti



4. PRASSIA COSTRUTTIVA

Questa prova valuta la capacità del paziente di copiare forme geometriche di difficoltà diversa: da un

semplice cerchio all'assai complesso cubo.

Le figure, collocate centralmente nella parte superiore di un semplice foglio di carta, vanno presentate al soggetto una alla volta.

Sono concessi due tentativi per ogni disegno, così come cancellare in caso di necessità: Se il paziente non è in grado di riprodurre il disegno in due tentativi, l'E. dovrà passare alla figura successiva.

Ciascun disegno va ritenuto corretto se il paziente ha riprodotto tutte le caratteristiche geometriche essenziali dell'originale. Modificazioni delle dimensioni non sono valutate come errori. Piccole soluzioni di continuità tra le linee non stanno ad indicare un errore se la forma della figura è stata riprodotta.

La presenza di '*closing in*' (il paziente disegna sul modello o intorno ad esso o utilizza alcune sue parti) va considerata, dal punto di vista del punteggio, come disegno scorretto.

Ricordarsi di allegare sempre alla scala il fascicolo con i disegni del paziente.

5. PRASSIA IDEATIVA

Dare al paziente un foglio su cui è riprodotto il dattiloscritto di una lettera, una busta, un francobollo e una penna.

Istruzioni: *“Faccia finta di spedirsi questa lettera. Pieghi il foglio in modo che possa entrare nella busta e poi lo metta nella busta. Incollì la busta, scriva il suo indirizzo sulla busta e mi mostri, infine, dove va messo il francobollo”*

Scorretto Corretto

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | ☐ | 1. Piega la lettera |
| ☐ | ☐ | 2. Mette la lettera nella busta |
| ☐ | ☐ | 3. Chiude la busta |
| ☐ | ☐ | 4. Scrive l'indirizzo |
| ☐ | ☐ | 5. Mette il francobollo sulla busta |

Note: _____

Punteggio:

- 0= tutto corretto
- 1= incapacità ad eseguire una parte del compito
- 2= incapacità ad eseguire 2 parti del compito
- 3= incapacità ad eseguire 3 parti del compito
- 4= incapacità ad eseguire 4 parti del compito
- 5= incapacità ad eseguire 5 parti del compito

Punteggio

5. PRASSIA IDEATIVA

Questa prova valuta l'abilità del paziente ad eseguire una sequenza complessa ma familiare di azioni.

Al paziente viene consegnato un foglio di carta A4 e una busta lunga. Se il foglio viene ripiegato in 3 o 4 parti la risposta è corretta.

La prova si compone di 5 parti. Se il paziente dimentica parte del compito o è in difficoltà, l'E. ripeterà quella parte delle istruzioni dimenticata o in cui il paziente è in difficoltà. Ad es., se il paziente si ferma dopo aver piegato la lettera e averla messa nella busta, l'E. dovrà ricordare al soggetto il passo successivo. "ora incolli la busta". Se il paziente non è in grado di eseguire questo compito, si proseguirà ricordando il passo ulteriore "Ora indirizzi la lettera a se stesso".

Dopo la prima istruzione completa, potrà essere fornita soltanto una ripetizione supplementare per ciascuna parte del comando. La scorretta esecuzione di questo test dovrebbe riflettere soltanto un deficit nell'esecuzione di un'azione consolidata e non una difficoltà di rievocazione.

Qualsiasi indirizzo che metta in grado un postino di recapitare la busta va considerato corretto anche se non dovesse corrispondere all'indirizzo attuale del paziente. L'indirizzo deve contenere il nome, la via, il numero e la città. Il codice di avviamento postale non è necessario.

6. ORIENTAMENTO

Le componenti dell'orientamento sono: la data, il mese, l'anno, il giorno della settimana, la stagione, l'ora del giorno, il luogo e la persona.

Scorretto **Corretto**

☐☐

Risposta data dal paziente

1. Nome e cognome _____

(Come si chiama?)

☐☐

2. Data _____

(Quanti ne abbiamo oggi?)

☐☐

3. Mese _____

(In che mese siamo?)

☐☐

4. Anno _____

(In che anno siamo?)

☐☐

5. Giorno _____

(Che giorno della settimana è oggi?)

☐☐

6. Stagione _____

(In che stagione siamo?)

☐☐

3. Ora del giorno _____

(Che ore sono?)

☐☐

3. Luogo _____

(Dove siamo?)

Note: _____

Registrare la data reale

_____ giorno _____ mese _____ anno _____ ora _____ luogo _____

Punteggio: per ogni risposta scorretta viene attribuito un punto (massimo=8)

Punteggio

6. ORIENTAMENTO

L'E. rivolgerà al paziente una alla volta ciascuna delle domande riportate nella pagina successiva.

Prima della somministrazione, accertarsi che non ci siano orologi, sveglie o calendari in vista, che possano aiutare il paziente.

Risposte accettabili:

- ± 1 giorno per la data;
- ± 1 ora per l'ora;
- nome parziale per il posto;
- la stagione successiva, se entro 1 settimana dal suo inizio;
- la stagione precedente, se entro 2 settimane dalla sua fine;
- mese, anno, giorno della settimana e nome e cognome del soggetto devono essere esatti.

7. RICONOSCIMENTO DI PAROLE (Forma A)

Il paziente legge ad alta voce 12 parole a forte contenuto immaginativo. Queste parole vengono poi mescolate in modo casuale con 12 parole che il paziente non ha letto. Il paziente deve indicare, per ogni parola, se era stata precedentemente mostrata oppure no. Successivamente vengono somministrate altre 2 prove di lettura delle parole originarie e di riconoscimento.

Controllare le parole riconosciute correttamente. Le parole evidenziate sono quelle originali, a cui il paziente dovrebbe rispondere 'SI'.

Istruzioni: "Le mostrerò un elenco di parole. Le legga ad alta voce e cerchi di ricordarle".

Ora le mostrerò un altro elenco di parole. In questo elenco ci sono le parole che lei ha appena letto insieme ad altre parole che invece compaiono per la prima volta. Per ciascuna parola lei dovrà dirmi se l'aveva letta prima o se è una parola nuova.

... Questa parola è una di quelle che lei ha letto prima o è una parola nuova? (prima delle 2 parole iniziali della lista) "... e questa?" (prima di tutte le altre 22 parole della lista).

I Prova				Ripetizione		SI	NO	Istruzioni
SI	NO	Istruzioni	SI	NO	Istruzioni	☐	☐	
☐	☐	cappotto	☐	☐	osso	☐	☐	DITO ☐
☐	☐	ceppo	☐	☐	spirito	☐	☐	insulto ☐
☐	☐	chitarra	☐	☐	premio	☐	☐	sottomarino ☐
☐	☐	dozzina	☐	☐	momento	☐	☐	STATO ☐
☐	☐	VOCE	☐	☐	abbraccio	☐	☐	libertà ☐
☐	☐	PERSONA	☐	☐	SOLDI	☐	☐	pepe ☐
☐	☐	barile	☐	☐	VOCE	☐	☐	spese ☐
☐	☐	SOLDI	☐	☐	CANZONE	☐	☐	PROGETTO ☐
☐	☐	raccolto	☐	☐	PERSONA	☐	☐	settimana ☐
☐	☐	capo	☐	☐	VITA	☐	☐	SOLDI ☐
☐	☐	PROGETTO	☐	☐	materia	☐	☐	sistema ☐
☐	☐	sezione	☐	☐	CASCO	☐	☐	cavallo ☐
☐	☐	blocco	☐	☐	cristallo	☐	☐	pacco ☐
☐	☐	STATO	☐	☐	PROGETTO	☐	☐	VITA ☐
☐	☐	succo	☐	☐	grado	☐	☐	VOCE ☐
☐	☐	MESSAGGIO	☐	☐	STATO	☐	☐	colonna ☐
☐	☐	lezione	☐	☐	DITO	☐	☐	PERSONA ☐
☐	☐	VITA	☐	☐	giocatore	☐	☐	CANZONE ☐
☐	☐	PAGAMENTO	☐	☐	PAGAMENTO	☐	☐	COMPAGNIA ☐
☐	☐	CASCO	☐	☐	COMPAGNIA	☐	☐	codice ☐
☐	☐	DITO	☐	☐	sentiero	☐	☐	PAGAMENTO ☐
☐	☐	sceriffo	☐	☐	sogno	☐	☐	MESSAGGIO ☐
☐	☐	COMPAGNIA	☐	☐	canale	☐	☐	CASCO ☐
☐	☐	CANZONE	☐	☐	MESSAGGIO	☐	☐	fine ☐

Totale CORRETTE
(sì corrette – sì errate)

Totale SCORRETTE
(12 – CORRETTE)

Totale CORRETTE
(sì corrette – sì errate)

Totale SCORRETTE
(12 – CORRETTE)

Totale CORRETTE
(sì corrette – sì errate)

Totale SCORRETTE
(12 – CORRETTE)

II Prova

III Prova

Ripetizione

Note: _____

Totale risposte scorrette= $\frac{(\text{Scorrette I Prova}) + (\text{Scorrette II Prova}) + (\text{Scorrette III Prova})}{3}$ =

7. RICONOSCIMENTO DI PAROLE

In questo test al paziente vengono somministrate tre prove per apprendere una lista di 12 parole. La parte di apprendimento di ciascuna prova è simile alla corrispettiva del test di rievocazione di parole: al paziente viene richiesto di leggere ad alta voce ciascuna parola e di cercare di ricordarla. In ciascuna delle tre prove, le 12 parole da ricordare saranno quindi mescolate a 12 parole nuove approssimativamente della stessa frequenza d'uso e contenuto immaginativo delle parole studiate e il paziente dovrà decidere se ciascuna parola era una di quelle precedentemente lette oppure no.

Forme equivalenti di questa prova, cioè liste di parole differenti ma approssimativamente della stessa frequenza d'uso e contenuto immaginativo, dovrebbero essere usate nel caso in cui il paziente vada ritestato prima che siano trascorsi sei mesi dall'ultima sessione.

Le parole utilizzate non devono necessariamente essere ad alta frequenza d'uso e a forte contenuto immaginativo. Ciascuna lista include infatti sia parole ad alta frequenza d'uso e forte contenuto immaginativo sia parole a più bassa frequenza e più astratte.

All'inizio della I Prova l'E. fornisce al paziente le seguenti istruzioni: "Le mostrerò un elenco di parole. Le legga ad alta voce e cerchi di ricordarle".

Alcune delle parole di questo test potranno non essere familiari al paziente e questi potrà avere difficoltà a leggerle. Se il paziente non è in grado di leggere una parola, la leggerà l'E. a voce alta. E' comunque importante che il paziente guardi ogni parola e tenti di leggerla.

Terminata la lettura delle parole, l'E. dirà al paziente: "Ora le mostrerò un altro elenco di parole. In questo elenco ci sono le parole che lei ha appena letto, insieme ad altre parole che invece compaiono per la prima volta. Per ciascuna parola lei dovrà dirmi se l'aveva già letta prima o se è una parola nuova".

Quindi l'E. mostrerà le prime parole e chiederà al paziente: "Questa parola è una di quelle che lei ha letto prima o è una parola nuova?". La stessa istruzione verrà data prima della seconda parola. Per le restanti parole (dalla 3a alla 24a) l'E. dirà: "... e questa?".

Se il paziente non ricorda il compito (ad es., legge la parola, invece di rispondere 'SI' o 'NO'), l'E. dovrà ripetere o riformulare l'intera domanda e prendere nota, nell'apposito spazio, del fatto di aver ricordato al paziente le istruzioni nuovamente. La seconda e terza prova sono simili e l'E. dovrà prendere nota del numero di volte che è stato costretto a ricordare al paziente le istruzioni del test.

Le correzioni spontanee vanno considerate come risposte corrette.

Le colonne SI e NO si riferiscono alle risposte fornite dal paziente e **NON a una risposta corretta o scorretta.**

Per attribuire il punteggio si deve contare il numero di risposte errate in ciascuna prova, fino ad un massimo di 12 errori per prova. Poiché la probabilità di indovinare per caso una risposta corretta è di 0.5 per ciascuna parola, il numero medio di errori di una persona che tenti di indovinare a caso sarà di 12. Così, un soggetto che non ricordi nessuna delle parole lette commetterà una media di 12 errori per prova se ha semplicemente tirato a indovinare. Un punteggio superiore a 12 errori sarà invece dovuto a fattori diversi dalla cattiva memoria, quali un tirare a indovinare senza esito.

Il punteggio totale equivale al numero medio di risposte SCORRETTE nelle 3 prove (massimo= 12). Per gli arrotondamenti, vedere le istruzioni del test di rievocazione).

8. CAPACITA' DI RICORDARE LE ISTRUZIONI DEL TEST DI RICONOSCIMENTO DI

PAROLE

Sommare il numero di ripetizioni delle istruzioni (= numero circoletti segnati) e riportare il totale.

Note: _____

Punteggio:

- 0= non è necessaria alcuna ripetizione aggiuntiva
- 1= molto lieve: dimentica 1 volta
- 2= lieve: le istruzioni devono essere ripetute 2 volte
- 3= medio: le istruzioni devono essere ripetute 3 o 4 volte
- 4= medio-grave: le istruzioni devono essere ripetute 5 o 6 volte
- 5= grave: le istruzioni devono essere ripetute 7 volte o più

Punteggio

8. CAPACITA' DI RICORDARE LE ISTRUZIONI DEL TEST DI RICONOSCIMENTO DI PAROLE

Viene valutata la capacità del paziente di ricordare le istruzioni del test di riconoscimento di parole.

In ogni prova del test di riconoscimento, prima della presentazione delle prime due parole, si chiede al paziente: "Questa parola è una di quelle che lei ha letto prima o è una parola nuova?". Per la terza parola si chiede: "... e questa?".

Se il paziente risponde in modo appropriato ("SI" o "NO"), il ricordo delle istruzioni si considera accurato. Se il paziente non risponde, significa che le istruzioni sono state dimenticate e che vanno quindi ripetute.

La procedura utilizzata per la terza parola viene ripetuta per le parole 4-24.

Ciascuna dimenticanza delle istruzioni va registrata nella scheda di raccolta delle risposte al test di riconoscimento di parole, nell'apposito circoletto.

9. ABILITA' VERBALE

Valutazione globale della qualità del linguaggio: chiarezza, difficoltà nel farsi comprendere. Non vanno prese in considerazione la quantità di parole prodotta o la difficoltà a trovare le parole.

Segnare un solo item.

- ☐ 0. **Nessuna difficoltà** a comprendere il paziente
- ☐ 1. **Deficit molto lieve**: in una circostanza la comunicazione era incomprensibile
- ☐ 2. **Deficit lieve**: nel 25% del tempo il soggetto ha difficoltà a farsi comprendere
- ☐ 3. **Deficit di media entità**: nel 25-50% del tempo il soggetto ha difficoltà a farsi comprendere
- ☐ 4. **Deficit di entità medio-grave**: in più del 50% del tempo il soggetto ha difficoltà a farsi comprendere
- ☐ 5. **Deficit grave**: 1 o 2 parole farfugliate; linguaggio fluente ma vuoto (privo di senso); il paziente resta muto

Punteggio

9. ABILITA' VERBALE

L'abilità nel linguaggio viene valutata nel corso del colloquio e durante i test. Le domande che richiedono una risposta SI/NO valutano la comprensione ad un livello molto elementare. Altre domande richiedono specifiche informazioni e una capacità di comunicazione ben sviluppata, commisurata alla scolarità del paziente.

Non vanno prese in considerazione, in questa prova, la quantità di parole prodotta e la difficoltà a trovare le parole.

Va notato che i punteggi più alti (4-5) a questo item vanno riservati a quei pazienti le cui capacità di esprimersi sono così deteriorate che raramente riescono a comunicare senza difficoltà.

10. DIFFICOLTA' A TROVARE LE PAROLE DESIDERATE NEL LINGUAGGIO SPONTANEO

L'E. deve determinare se il paziente ha difficoltà a trovare la parola desiderata nel linguaggio spontaneo.

Il problema può essere superato con circonlocuzioni: giri di parole, frasi esplicative, sinonimi relativamente pertinenti.

NON si devono prendere in considerazione le risposte al test di Denominazione di oggetti e dita.

Segnare un solo item.

- ☐ 0. **Nessuna difficoltà** a trovare le parole nel linguaggio spontaneo
- ☐ 1. **Deficit molto lieve**: in una o due circostanze ma clinicamente non significativo
- ☐ 2. **Deficit lieve**: chiare circonlocuzioni o sostituzioni con sinonimi
- ☐ 3. **Deficit di media entità**: occasionale perdita di parole non compensata
- ☐ 4. **Deficit di entità medio-grave**: frequente perdita di parole non compensata
- ☐ 5. **Deficit grave**: perdita pressoché totale del linguaggio (cioè di parole con un senso); linguaggio vuoto; 1 o 2 parole farfugliate

Punteggio

Note: _____

10. DIFFICOLTA' A TROVARE LE PAROLE DESIDERATE NEL LINGUAGGIO SPONTANEO

Anche questa prova, come la precedente, è una misura della capacità espressiva del paziente. In questo caso viene stimata soltanto la difficoltà a trovare le parole desiderate, mentre nella prova precedente la stima riguarda più globalmente fino a che punto il paziente è in grado di comunicare verbalmente.

La difficoltà di denominazione viene valutata nel corso dell'intervista e durante i test. NON si dovranno prendere in considerazione le risposte al test di Denominazione di oggetti e dita.

11. COMPRENSIONE DEL LINGUAGGIO PARLATO

Valutazione della capacità del paziente di comprendere il linguaggio parlato.

Non vengono considerate le risposte al Test dei comandi, ma soltanto la conversazione.

Segnare solo un item.

- ☐ 0. **Nessuna difficoltà** a comprendere
- ☐ 1. **Deficit molto lieve**: mancata comprensione in una circostanza
- ☐ 2. **Deficit lieve**: mancata comprensione in 3-5 circostanze
- ☐ 3. **Deficit di media entità**: richiede parecchie ripetizioni o riformulazioni
- ☐ 4. **Deficit di entità medio-grave**: il paziente solo occasionalmente risponde in modo corretto, cioè a domande SI/NO
- ☐ 5. **Deficit grave**: il paziente risponde raramente in modo appropriato, non a causa di una povertà di linguaggio

Punteggio

RIASSUNTO DEI PUNTEGGI ALL'ADAS-Cog

Punteggio totale parte cognitiva

(0-70)

Alzheimer's Disease Assessment Scale- (ADAS-Cog)

(Rosen W.G., Mohs R., Davis K., American Journal of Psychiatry, 141: 698, 1984)

L'ADAS-Cog richiede un tempo di somministrazione di 30-40 minuti. E' uno degli strumenti più utilizzati soprattutto per scopi di ricerca. L'ADAS-cog, infatti, non è nato come strumento per la diagnosi, ma per la caratterizzazione dei sintomi cognitivi nell'AD.

L'ADAS-Cog, preceduta da una breve conversazione con il paziente su argomenti neutrali come il tempo, la colazione del paziente, ecc., consiste di 12 test atti a valutare la memoria a breve e medio termine (rievocazione di parole; riconoscimento di parole; apprendimento delle istruzioni di un test); l'orientamento temporo-spaziale; il linguaggio (abilità verbale, difficoltà di denominazione nel linguaggio spontaneo, comprensione del linguaggio parlato, denominazione di oggetti e dita, esecuzione di comandi); la prassia; l'attenzione e la concentrazione.

Il punteggio della maggior parte dei test cognitivi viene assegnato sulla base delle prestazioni del paziente nella singola prova, mentre in alcuni casi viene assegnato sulla base di stime cliniche effettuate dall'esaminatore nel corso della conversazione e della sessione testistica.

I punteggi dell'ADAS-Cog vanno da 0, che equivale ad assenza di errore ovvero di deficit, a un massimo di 70, che indica invece un deficit grave in tutti i test.

Solo recentemente sono stati pubblicati dati relativi all'uso dell'ADS-cog per scopi diagnostici *(Doraiswamy PM, Bieber F, Kaiser L, et al, The Alzheimer's disease assesement scale: patterns and predictors of baseline cognitive performance in multicenter Alzheimer's disease trials. Neurology 1997;48:1511-1517)*. Un punteggio di MMSE di 23 (valore limite della normalità) corrisponde ad un valore di ADAS-Cog di 17. Punteggi superiori a tale valore possono essere considerati patologici. Punteggi inferiori a 10 devono essere considerati assolutamente normali.

Studi longitudinali americani su pazienti affetti da demenza di Alzheimer hanno mostrato che i punteggi della parte cognitiva dell'ADAS aumentano in media di 9 punti l'anno. Il tasso di cambiamento è più lento nei pazienti molto lievi e in quelli con una demenza grave rispetto a pazienti con forme moderate di deterioramento.

Procedure di somministrazione.

Viene dapprima somministrato il test di rievocazione di parole. I successivi 10 minuti sono utilizzati per una conversazione libera, allo scopo di valutare vari aspetti dell'espressione e comprensione verbale. Tale valutazione verrà completata al termine dei test sulla funzione cognitiva.

Vengono poi somministrati i test cognitivi.

La maggior parte dei test della scala ha un punteggio che va da 0 (assenza di deficit) a 5 (deficit di massima gravità). La rievocazione di parole e il riconoscimento di parole hanno un punteggio che va da 0 a 10 e da 0 a 12, rispettivamente e che viene determinato dal numero di errori che i pazienti fanno. Il punteggio del test di orientamento va da 0 a 8 e dipende dal numero di errori che i pazienti commettono in una serie di domande di orientamento.

Il punteggio 0-5 riflette la gravità dei deficit:

- il punteggio 0 equivale a assenza di deficit a un test;
- il punteggio 5 equivale al deficit di massima gravità;
- il punteggio di 1 corrisponde ad una specifica risposta a un test;
- i punteggi 2, 3, 4 corrispondono a un deficit lieve, medio o medio-grave.

Nel caso sia impossibile valutare la prestazione a un test, l'esaminatore dichiara che l'item è “*Non valutabile*” e specifica le ragioni.

La versione proposta è quella validata dal *laboratorio di Neuropsichiatria Geriatrica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri” di Milano (a cura di U Lucca, F Clerici e A Spagnoli).*

Valutazione dello stato funzionale

Barthel Index

Attività di Base della vita quotidiana (BADL)

Attività Strumentali della Vita quotidiana (IADL)

Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANSS)

Scala di Tinetti

Physical Performance Test (PPT)

Direct Assessment of Functional Status (DAFS)

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index)
(Mahoney FI, Barthel DW: Mar.St.Med.J. 1965;14:61-65)

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10

A) dipendente B) con aiuto C) indipendente

PUNTEGGIO TOTALE _____/100

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA INDICE DI BARTHEL

L'Indice di Barthel rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti, soprattutto in ambito riabilitativo.

Fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione.

Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15, 10, 5 o 0. Per esempio, vengono assegnati 10 punti se il soggetto si alimenta autonomamente e 5 punti se richiede aiuto (per esempio tagliare il cibo). Per il controllo della minzione e defecazione si considera indipendente il paziente che gestisce autonomamente i propri bisogni; con aiuto se richiede l'aiuto (anche parziale) di altri per utilizzare strumenti quali pappagallo o padella; dipendente se usa il catetere o presenta episodi di incontinenza, anche saltuari.

Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente indipendente, senza la presenza di personale d'assistenza.

Il punteggio massimo è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)

(Katz S, Ford AB et al. JAMA 1963;185:914-919)

A Fare il bagno (vasca, doccia, spugnature)

[1]	Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo)	1	
[2]	Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. schiena)		1
[3]	Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo		0

B Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti), inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature o delle bretelle, se utilizzate)

[1]	Prende i vestiti e si veste completamente da solo senza bisogno di assistenza		1
[2]	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe		1
[3]	Ha bisogno di assistenza per prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito		0

C Toilette (andare nella stanza da bagno per5 la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)

[1]	Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto, come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino)		1
[2]	Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.		0
[3]	Non si reca in bagno per l'evacuazione		0

D Spostarsi

[1]	Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)		1
[2]	Compie questi trasferimenti se aiutato		0
[3]	Allettato, non esce dal letto		0

E Continenza di feci e urine

[1]	Controlla completamente feci e urine		1
[2]	"Incidenti" occasionali		0
[3]	Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente		0

F Alimentazione

[1]	Senza assistenza		1
[2]	Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane		1
[3]	Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale		0

PUNTEGGIO TOTALE (numero totale funzioni perse): _____

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA INDICE DI KATZ

La scala di valutazione dell'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana proposta da Katz e coll. nel 1963 è uno degli strumenti più utilizzati in questo campo. Valuta in modo accurato 6 attività di base: fare il bagno, vestirsi, toilette, spostarsi, continenza urinaria e fecale, alimentarsi. I punteggi assegnati sono dicotomici (dipendente/indipendente) e questo rende lo strumento meno flessibile rispetto all'Indice di Brathel, soprattutto in popolazioni di soggetti fragile, quali i dementi. Nonostante questo limiti l'ampia diffusione dell'indice di Katz lo rende utile soprattutto per la valutazione del livello di autonomia di larghe popolazioni di individui o per valutazioni in studi longitudinali. E' poco adatto per la valutazione della risposta ad interventi riabilitativi o assistenziali nel breve/medio periodo.

ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

(Lawton M.P. e Brody E.M., *Gerontologist*, 9:179-186, 1969)

Capacita' di usare il telefono

[1]	Usa il telefono di propria iniziativa	1
[2]	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
[3]	Risponde ma non è capace di comporre il numero	1
[4]	Non risponde al telefono	0
	Non applicabile	NA

Fare Acquisti

[1]	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1
[2]	Fa piccoli acquisti senza aiuto	0
[3]	Ha bisogno di essere accompagnato	0
[4]	Completamente incapace di fare acquisti	0
	Non applicabile	NA

Preparazione del cibo

[1]	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
[2]	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
[3]	Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0
[4]	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
	Non applicabile	NA

Governo della casa

[1]	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1
[2]	Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1
[3]	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	1
[4]	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
	Non applicabile	NA

Biancheria

[1]	Fa il bucato personalmente e completamente	1
[2]	Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
[3]	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
	Non applicabile	NA

Mezzi di trasporto

[1]	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
[2]	Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
[3]	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
[4]	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0
[5]	Non si sposta per niente	0
	Non applicabile	NA

Responsabilità nell'uso dei farmaci

[1]	Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
[2]	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
[3]	Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
	Non applicabile	NA

Capacita' di maneggiare il denaro

[1]	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
[2]	E' in grado di fare piccoli acquisti	1
[3]	E' incapace di maneggiare i soldi	0
	Non applicabile	NA

Totale funzioni perse

___/___8

ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA

QUOTIDIANA (IADL)

La scala delle IADL valuta la capacità di compiere attività che vengono normalmente svolte anche da soggetti anziani e che sono considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza.

Dal punto di vista clinico ha rappresentato il tentativo di costruire una scala in grado di definire, per ogni attività, delle differenze significative associate al punteggio.

la scala è usualmente utilizzata nella forma dicotomica, che prevede per ogni item due sole possibili risposte: “indipendente” (1) e “dipendente” (0).

E' necessario tuttavia considerare i singoli item, in quanto sono questi che contribuiscono a creare il profilo della disabilità dell'anziano.

E' importante barrare la casella corrispondente a “non applicabile” quando il mancato esercizio di un'attività non è dovuto a perdita della funzione (cioè quando l'attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti); nel dubbio, specialmente per quanto riguarda gli uomini e quelle attività identificate come “prevalentemente svolte dalle donne”, preferire la scelta “non applicabile”.

BEDFORD ALZHEIMER NURSING SEVERITY SCALE (BANSS)

(Volicer L., Hurley A.C., Lathi D.C., Kowall N.W., J.Gerontology, 49:M223-M226, 1994)

ABBIGLIAMENTO	[1] abitualmente indipendente [2] richiede assistenza minima [3] richiede discreta assistenza ma non è totalmente dipendente [4] completamente dipendente
SONNO	[1] ciclo sonno-veglia abitualmente regolare [2] talvolta irregolare [3] frequentemente irregolare [4] ciclo sonno-veglia severamente sovvertito
LINGUAGGIO	[1] conservato [2] lieve incapacità a parlare [3] saltuaria incapacità [4] afasia completa
ALIMENTAZIONE	[1] indipendente [2] richiede assistenza minima e/o sollecitazione [3] richiede moderata assistenza e/o sollecitazione [4] completamente dipendente
MOBILITÀ	[1] deambula sempre in modo indipendente [2] talvolta deambula in modo indipendente [3] deambula solo con aiuto [4] incapace a deambulare anche con aiuto
MUSCOLATURA	[1] molto sciolta con motilità articolare pienamente conservata [2] parzialmente sciolta con lieve compromissione della motilità articolare [3] parzialmente rigida [4] contratta
CONTATTO OCULARE	[1] mantenuto [2] abitualmente mantenuto [3] raramente mantenuto [4] completamente perduto

PUNTEGGIO COMPLESSIVO _____/28

BEDFORD ALZHEIMER NURSING SEVERITY SCALE

Nelle fasi avanzate della demenza, la grande maggioranza delle scale di valutazione delle funzioni cognitive e delle performance funzionali perdono la propria sensibilità nell'identificare ulteriori progressioni della malattia. Al fine di ottenere uno strumento in grado di differenziare le condizioni cognitive e funzionali dei pazienti che non possono essere testati tramite strumenti come il MMSE o il Barthel Index è stata elaborata la Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANSS).

La versione proposta è quella validata dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (*G.Bellelli, G.B.Frisoni, A.Bianchetti, M.Trabucchi: The Bedford Alzheimer Nursing Severity scale for the demented: validation study. Alzheimer's Disease and Related Disorders, 11:71-77, 1997*).

La BANSS fornisce informazioni sul grado di compromissione cognitiva (linguaggio e contatto oculare) funzionale (abbigliamento, alimentazione, deambulazione) e sulla presenza di sintomi patologici (alterazioni del ciclo sonno-veglia, rigidità muscolare/contratture). La BANSS consente di ottenere informazioni sulle condizioni cognitive/funzionali del paziente finché quest'ultimo raggiunge lo stato vegetativo.

La compilazione della BANSS si esegue utilizzando le informazioni del personale di assistenza e l'esame obiettivo del paziente.

Il punteggio ottenuto oscilla tra 7 e 28 ed è direttamente proporzionale al livello di gravità della malattia.

Scala di Tinetti per l'equilibrio ed andatura.

(Tinetti ME: Performance-oriented assesement of mobility problems in elderly patients. JAGS 1986;34:119-126)

Equilibrio

1 Equilibrio da seduto	
Si inclina, scivola dalla sedia	0
E' stabile, sicuro	1
2 Alzarsi dalla sedia	
E' incapace senza aiuto	0
Deve aiutarsi con le braccia	1
Si alza senza aiutarsi con le braccia	2
3 Tentativo di alzarsi	
E' incapace senza aiuto	0
Capace, ma richiede più di un tentativo	1
Capace al primo tentativo	2
4 Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)	
Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili	1
Stabile senza ausili	2
5 Equilibrio nella stazione eretta prolungata	
Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm)	1
Stabile, a base stretta, senza supporti	2
6 Romberg	
Instabile	0
Stabile	1
7 Romberg sensibilizzato	
Comincia a cadere	0
Oscilla, ma si riprende da solo	1
Stabile	2
8 Girarsi di 360 gradi	
A passi discontinui	0
A passi continui	1
Instabile	0
Stabile	1
9 Sedersi	
Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)	0
Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo	1
Sicuro, movimento continuo	2
TOTALE EQUILIBRIO	_/16

Andatura

1 Inizio della deambulazione	
Una certa esitazione, o più tentativi	0
Nessuna esitazione	1
1 Lunghezza ed altezza del passo	
Piede dx	
Il piede dx non supera il sx	0
Il piede dx supera il sx	1
Il piede dx non si alza completamente dal pavimento	0
Il piede dx si alza completamente dal pavimento	1
Piede sx	
Il piede sx non supera il dx	0
Il piede sx supera il dx	1
Il piede sx non si alza completamente dal pavimento	0
Il piede sx si alza completamente dal pavimento	1
1 Simmetria del passo	
Il passo dx e il sx non sembrano uguali	0
Il passo dx e il sx sembrano uguali	1
1 Continuità del passo	
Interrotto o discontinuo	0
Continuo	1
1 Traiettoria	
Deviazione marcata	0
Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili	1
Assenza di deviazione e di uso di ausili	2
1 Tronco	
Marcata oscillazione o uso di ausili	0
Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia	1
Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	2
1 Cammino	
I talloni sono separati	0
I talloni quasi si toccano durante il cammino	1
TOTALE ANDATURA	_/16

TOTALE ANDATURA+EQUILIBRIO

____/28

Scala di Tinetti

La “Tinetti balance and Gait Scale” è uno strumento di facile utilizzo, diffuso e validato e si è dimostrato essere un buon indice predittivo di caduta.

La versione proposta è quella validata dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (*Franzoni S, Rozzini R: Le cadute nell’anziano. In: Bianchetti A, Rozzini R, Zanetti O, Trabucchi M: Ruolo del nursing nella cura del molto vecchio. GRG Ed, Brescia, 1990*).

Punteggi uguali o inferiori a 1 indicano il soggetto non deambulante; tra 2 e 19 deambulante a rischio di caduta; uguale superiore a 20 deambulante a basso rischio di caduta.

La scala può essere utilizzata per definire i soggetti da sottoporre a particolare sorveglianza e a programmi riabilitativi ed anche per definire l’efficacia o gli effetti collaterali negativi di terapie e programmi riabilitativi.

Equilibrio

Il soggetto deve essere valutato seduto su una sedia senza braccioli e deve essere invitato a svolgere le manovre indicate. Si valuta la qualità della risposta, mentre non è particolarmente rilevante la velocità

Andatura

Il soggetto sta in piedi di fronte all’esaminatore, cammina lungo il corridoio o attraverso la stanza, all’inizio con il suo passo usuale, poi con un passo un po’ più rapido. Può usare gli usuali ausili per il cammino.

Physical Performance Test (PPT)

(Reuben D.B., Siu A.L., *An objective measure of physical function of elderly outpatients. J Am Geriatr Soc, 38:1105-12, 1990*)

1. Scrivere una frase
(Il sole tramonta nel mare) _____ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >20 sec.
2= 15.5-20sec.
3= 10.5-15sec.
4= <10 sec.
2. Alimentazione simulata _____ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >20 sec.
2= 15.5-20sec.
3= 10.5-15sec.
4= <10 sec.
3. Sollevare un libro e
metterlo sulla mensola _____ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >6 sec.
2= 4.5-6sec.
3= 2.5-4sec.
4= <2 sec.
4. Indossare e togliersi una giacca _____ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >20 sec.
2= 15.5-20sec.
3= 10.5-15sec.
4= <10 sec.
5. Prendere una moneta
dal pavimento _____ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >6 sec.
2= 4.5-6sec.
3= 2.5-4sec.
4= <2 sec.
6. Ruotare su se stesso _____ sec. 0 1 2 3 4
0= irregolare
2= regolare
0= insicurezza
2= sicurezza
7. Camminare per 15 mt. _____ sec. 0 1 2 3 4
0= incapace
1= >25 sec.
2= 20.5-25sec.
3= 15.5-20sec.
4= <15 sec.

Punteggio Totale= _____/28

PHYSICAL PERFORMANCE TEST

La PPT valuta diversi domini della funzione fisica attraverso l'osservazione diretta della prestazione del soggetto in compiti che simulano attività della vita quotidiana a diversi livelli di difficoltà.

E' una scala a 7 item e comprende la scrittura di una frase, la simulazione dell'alimentazione, la rotazione di 360 gradi, indossare e togliere una giacca, sollevare un libro e collocarlo su uno scaffale, prendere una moneta dal pavimento, percorrere 15 metri ad andatura normale.

Il punteggio è compreso tra 0 e 28, e punteggi elevati corrispondono ad una migliore prestazione.

Si è osservato che un'ampia popolazione di anziani ha ottenuto un punteggio medio pari a 18.

La versione proposta è quella validata dal Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (*Rozzini R, Frisoni GB, Bianchetti A, Zanetti O, Trabucchi M. Physical performance test and activities of daily living scales in the assesment of healh status in elderly people. J Am Geriatr Soc 1993;41:1109-113*).

Direct Assessment of Functional Status (DAFS)

(Loewenstein D.A. et al., *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44:114-121, 1989.

I) ORIENTAMENTO TEMPORALE

a) Dire le ore (utilizzare un orologio grande)

1. 3.00	0	2	
2. 8.00	0	2	
3. 10.30		0	2
4. 12.15		0	2
			____/8

b) Orientamento alla data

5. data	0	2	
6. giorno	0	2	
7. mese	0	2	
8. anno	0	2	
			____/8

II) COMUNICAZIONE

a) Uso del telefono

9. Chiama l'informazione abbonati (12)	0	1	
10. Alza la cornetta	0	1	
11. Compone i numeri	0	1	
12. Aggancia la cornetta	0	1	
13. Sequenza corretta	0	1	
14. Compone il numero della guida	0	1	
15. Compone il numero presentato oralmente	0	1	
16. Telefona utilizzando un numero scritto	0	1	
			____/8

b) Preparazione di una lettera da spedire

17. Piega il foglio	0	1	
18. Mette il foglio nella busta	0	1	
19. Chiude la busta	0	1	
20. Mette il francobollo	0	1	
21. Scrive l'indirizzo	0	1	
22. Scrive il mittente sul retro della busta 0	1		
(indirizzo attuale del soggetto)			____/6

III) TRASPORTO (Identificazione dei segnali stradali)

23. Stop	0	1	
24. Dare la precedenza	0	1	
25. Senso unico	0	1	
26. Divieto di svolta a destra	0	1	
27. Semaforo verde	0	1	
28. Semaforo giallo			0 1

29. Semaforo rosso	0	1
30. Divieto di inversione a U	0	1
31. Passaggio a livello	0	1
32. Divieto di accesso	0	1
33. Striscia doppia continua	0	1
34. Striscia doppia continua-discontinua	0	1
35. Limite di velocità	0	1

IV) FINANZE

Utilizzare una banconota da £ 10.000, una da £ 5.000, tre da £ 1.000; tre monete da £ 500, due da £ 200, una da £ 100 ed una da £ 50.

a) Identificare le monete (es., “Mi mostri le 50 lire”)

36. £ 50	0	1
37. £ 100	0	1
38. £ 200	0	1
39. £ 500	0	1
40. £ 1.000	0	1
41. £ 5.000	0	1
42. £ 10.000	0	1

_____/7

b) Contare il denaro

43. £ 150 in monete	0	1
44. £ 1.200 in monete	0	1
45. £ 6.750 in monete e banconote	0	1
46. £ 12.350 in monete e banconote	0	1

_____/4

V) FARE LA SPESA

Il soggetto ha 1 min. per richiamare 6 prodotti, poi gli si dice di scegliere tra 25 prodotti di drogheria i 6 che gli erano stati presentati 10 min. prima.

a) Spesa a memoria

- Richiamo

47. Succo d’arancia	0	1
48. Spaghetti	0	1
49. Marmellata di ciliegie	0	1
50. Tonno	0	1
51. Riso	0	1
52. Pelati	0	1

_____/6

- Riconoscimento

53. Succo d’arancia	0	1
54. Spaghetti	0	1
55. Marmellata di ciliegie	0	1
56. Tonno	0	1

57. Riso	0	1
58. Pelati	0	1
	____/6	

b) Spesa da lista scritta

Tutti i prodotti scelti nel test precedente vengono esclusi ed al paziente viene data una lista scritta.

59. Latte	0	2
60. Fette biscottate	0	2
61. Uova	0	2
62. Detersivo	0	2
	____/8	

b) Cambio corretto

Dare al soggetto una banconota da £ 10.000 e dirgli che ha speso £ 6.550.

Mettere il denaro davanti a lui e chiedergli di contare il resto.

63. Resto di £ 3.450	0	2
	____/2	

VI) CURA DELLA PERSONA

Il soggetto viene condotto nella stanza da bagno.

64. Toglie il tappo dal dentifricio	0	1
65. Mette il dentifricio sullo spazzolino	0	1
66. Apre il rubinetto	0	1
67. Lava i denti	0	1
68. Bagna la spugna	0	1
69. Mette il sapone sulla spugna	0	1
70. Si lava il viso	0	1
71. Chiude il rubinetto	0	1
72. Si pettina	0	1
73. Indossa una giacca	0	1
74. Abbottona la giacca	0	1
75. Allaccia una scarpa	0	1
76. Chiude una cerniera	0	1

____/13

VII) ALIMENTAZIONE

Disporre le posate di fronte al soggetto.

77. Tagliare una bistecca	0	2
78. Mangiare un pezzo di bistecca	0	2
79. Mangiare la zuppa	0	2
80. Versare l'acqua in un bicchiere	0	2
81. Bere dal bicchiere	0	2

____/10

PUNTEGGIO TOTALE: ____/86

DIRECT ASSESSMENT OF FUNCTIONAL STATUS

La DAFS rappresenta uno strumento di valutazione diretta delle abilità funzionali nei pazienti affetti da demenza.

Esplora sette domini funzionali: orientamento temporale, abilità di comunicazione, abilità finanziarie, capacità di fare la spesa, capacità di alimentarsi e vestirsi.

1. La scala di orientamento temporale è composta da 8 item per un punteggio massimo di 16.
Ai pazienti viene chiesto di riferire le ore su un orologio, in base a 4 livelli di difficoltà e di riferire il giorno della settimana e del mese, il mese e l'anno.
2. La scala di comunicazione contiene 14 item per un massimo di 14 punti.
Comprende le seguenti subscale: uso del telefono; preparazione di una lettera da spedire.
3. La scala dell'uso dei mezzi di trasporto è composta da 13 item.
Al paziente vengono presentati 13 segnali stradali di uso comune. Il punteggio di tale scala non viene incluso nel punteggio totale.
4. La scala di abilità finanziarie contiene 11 item per un massimo di 11 punti.
Si divide nei seguenti aspetti: riconoscimento del denaro; contare il denaro e cambio corretto.
5. La scala sull'abilità di fare la spesa comprende 17 item con un punteggio massimo di 22 punti.
Ai pazienti vengono presentati verbalmente degli item riferiti ad alimenti, con la richiesta di ricordarli. Dopo 10 minuti si chiede al paziente di ricordare gli item della lista. Quindi si conduce il paziente presso un banco che simula un supermercato sul quale il paziente deve selezionare gli item della lista (riconoscimento). Infine al paziente viene presentata una lista scritta della spesa con l'istruzione di selezionare i prodotti indicati.
6. La scala di cura della persona comprende 13 item per un massimo di 13 punti.
Valuta le abilità nell'esecuzione di diverse azioni scomposte in passi (ad es. togliere il tappo dal dentifricio, mettere il dentifricio sullo spazzolino, aprire il rubinetto e fingere di lavare i denti).
7. La scala dell'alimentazione comprende 5 item per un totale di 10 punti.
Al paziente vengono fornite le posate, che deve dimostrare di sapere utilizzare, e un bicchiere in cui deve versare l'acqua da una brocca e fingere di bere.

Il punteggio massimo è di 86 punti. Sebbene lo strumento non abbia un significato di tipo diagnostico, è stato osservato che il 97% dei soggetti affetti da AD lieve-moderata ottiene punteggi inferiori a 68.

La versione proposta è quella validata dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (*Zanetti O, Frisoni GB, Rozzini L, Bianchetti A, Trabucchi M: Validity of direct assessment of functional status as a tool for measuring Alzheimer's disease severity. Age and aging 1998;27:615-622*)

Valutazione dei sintomi non cognitivi

UCLA Neuropsychiatric Inventory

Geriatric Depression Scale (GDS)

Cornell Depression Scale

Scala per la valutazione dell'insight

UCLA 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

A. Deliri

(NA)

Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa. Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male ? _____
2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando? _____
3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca? _____
4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa? _____
5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere? _____
6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria? _____
7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo? _____
8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse?] _____
9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente
2. Moderati: i deliri sono disturbanti e dirompenti
3. Marcati: i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. [Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri].

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

B. Allucinazioni

(NA)

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva; piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse? _____
2. Il paziente parla con persone che non sono presenti? _____
3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci..)? _____
4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono? _____
5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle? _____
6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota? _____
7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente
2. Moderate: le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti.
3. Marcate: le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

C. Agitazione/Aggressività

(NA)

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? È difficile da gestire?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti? _____
2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo? _____
3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri? _____
4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione? _____
5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato? _____
6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti? _____
7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri? _____
8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lieve: il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare.
3. Marcata: l'agitazione è molto disturbante e rappresenta uno dei problemi principali; può esserci pericolo per la sicurezza personale. I farmaci sono spesso necessari.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

D. Depressione/Disforia

(NA)

Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza? _____
2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda? _____
3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito? _____
4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito? _____
5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro? _____
6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui? _____
7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere? _____
8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: la depressione è molto disturbante e rappresenta uno delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

E. Ansia

(NA)

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato? È impaurito dal rimanere lontano da voi?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro? _____
2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso? _____
3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo? _____
4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (Sintomi non spiegabili da malattie)? _____
5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla? _____
6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?] _____
7. Il paziente manifesta altri segni di ansia? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'ansia.

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità

1. Lieve: l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

F. Esaltazione/Euforia

(NA)

Il paziente è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente ed anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito? _____
2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose? _____
3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come per esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)? _____
4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti? _____
5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento? _____
6. Si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente? _____
7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'esaltazione/euforia.

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l' esaltazione è evidente ma non dirompente
2. Moderata: l' esaltazione è evidentemente anormale.
3. Marcato: l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

G. Apatia/Indifferenza

(NA)

Il paziente ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Il paziente ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? Il paziente è apatico o indifferente?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito? _____
2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni? _____
3. il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito? _____
4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa? _____
5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri? _____
6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti? _____
7. Il paziente è meno entusiasta dei suoi interessi? _____
8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l' apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività.
2. Moderata: l' apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di familiari.
3. Marcato: l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento od evento esterno.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

H. Disinibizione

(NA)

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze? _____
2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse? _____
3. Il paziente dice delle cose offensive od irrispettose? _____
4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva? _____
5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico? _____
6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento? _____
7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni.
2. Moderata: la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver.
3. Marcato: la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

I. Irritabilità/Labilità

(NA)

Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose? _____
2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia? _____
3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia? _____
4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato? _____
5. Il paziente è irritabile e nervoso? _____
6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo? _____
7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni.
2. Moderata: la irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver.
3. Marcato: la irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

J. Comportamento motorio aberrante

(NA)

Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe od i lacci?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo? _____
2. Il paziente si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti ed armadi? _____
3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti? _____
4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere? _____
5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.? _____
6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita? _____
7. Il paziente presenta altre attività ripetitive? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane.
2. Moderata: l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver.
3. Marcata: l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

K. Sonno

(NA)

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta difficoltà ad addormentarsi? _____
2. Si alza spesso volte durante la notte? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente] _____
3. Vaga per la casa o svolge attività inopportune? _____
4. Disturba i familiari e li tiene svegli? _____
5. Si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina? _____
6. Si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]? _____
7. Dorme eccessivamente durante il giorno? _____
8. Il Paziente presenta altri disturbi notturni che le provocano fastidio e che non le ho nominato? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti.
2. Moderata: le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo.
3. Marcata: le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

L. Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione (NA)

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari. Ha subito variazioni di peso? [Se è incapace ad alimentarsi rispondere NA]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta perdita dell'appetito? _____
2. Presenta aumento dell'appetito? _____
3. Presenta diminuzione di peso? _____
4. Presenta aumento di peso? _____
5. Ha cambiato le sue abitudini alimentari (per esempio, mangia voracemente).? _____
6. Presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (per esempio, mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)? _____
7. Ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine? _____
8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente.
2. Moderata: i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente.
3. Marcata: i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

UCLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

1. Il questionario è applicabile ai pazienti con demenza di diversa origine
2. Le informazioni vanno raccolte con la persona che vive vicino al paziente (familiare o personale se degente in casa di riposo o istituti da vari mesi) e possono essere verificate interrogando od osservando il paziente stesso.
3. Le domande vanno poste esattamente come sono scritte, solo se il caregiver non le capisce si possono fornire delucidazioni.
4. Le domande si riferiscono sempre a modificazioni insorte dopo l'esordio della malattia. Non vanno registrate quelle caratteristiche legate alla situazione premorbose del paziente (depressione, ansietà) che non si sono modificate dopo l'esordio della demenza. Bisogna ricordare periodicamente durante l'intervista che ci riferiamo ai cambiamenti insorti con la demenza.
5. Le domande devono riferirsi alla situazione del paziente nelle 6 settimane precedenti all'intervista.
6. Se alla domanda di screening viene risposto di no non bisogna procedere con le altre domande pertinenti alla stessa sezione. Se la risposta è invece positiva si proceda con le altre domande che vanno registrate solo se confermano la domanda di screening. In alcune circostanze specifiche potrebbe verificarsi il fatto che alcune delle sezioni non siano applicabili al paziente per la presenza di condizioni mediche interferenti con le risposte. Per esempio i pazienti allettati potrebbero presentare deliri e allucinazioni ma non presentare comportamenti motori aberranti per via delle limitazioni fisiche. In questi casi speciali l'intervistatore deve segnalare la non applicabilità della scala (N.A.). Lo stesso vale se esistano evidenti discrepanze tra quanto osservabile e quanto segnalato dal caregiver o se le risposte fornite alla sezione non vengano ritenute valide.
7. Per la determinazione della frequenza e durata dei problemi comportamentali si deve far riferimento alla legenda del questionario. Si faccia riferimento, aggiuntivamente, come paragone di frequenza e gravità al più aberrante comportamento del paziente che sia risultato dalle domande successive a quella di screening per ogni sezione del questionario.
8. Se dovesse capitare che il caregiver, dopo aver dato risposta affermativa alla domanda di screening, fornisca a tutte le successive domande della sezione una risposta negativa bisogna chiedere al caregiver di spiegare in che cosa consista il problema comportamentale. Se si tratta di una erronea interpretazione della domanda (cioè non esistono rilevanti disturbi pertinenti al tipo di problema neuropsichiatrico investigato dalla sezione) si segni NO alla domanda di screening. Se invece il problema comportamentale è presente ma viene espresso con termini diversi da quelli delle domande si deve attribuire il punteggio come di solito, cercando di far rientrare i problemi espressi nelle domande formulate nel questionario.
9. Per la valutazione della frequenza delle manifestazioni si chieda, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere con quale frequenza sono presenti questi problemi (riferendosi inizialmente alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione)".
10. Per la valutazione della gravità delle manifestazioni si chieda, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere questi comportamenti quanto sono gravi, vorrei che mi riferisse la gravità riferendosi al grado di coinvolgimento e di disabilità sperimentato dal suo congiunto (od assistito)".
11. Per lo stress emotivo o psicologico del caregiver si chiede "Ora mi indichi quale stress o disagio le hanno provocato questi comportamenti descritti"

La versione proposta è quella validata dal Gruppo di Ricerca Geriatrica (*Binetti G, Mega MS, Magni E, Padovani A, Rozzini L, Bianchetti A, Cummings J, Trabucchi M: Behavioral disorders in Alzheimer's Disease: a transcultural perspective. Arch Neurol 1998; 55:539-544; Bianchetti A, Metitieri T: Il controllo farmacologico dei sintomi comportamentali. Geriatria 11(S1): 89-98*)

Geriatric Depression Scale (GDS)

(Yesavage JA, Rose TL, Lum O, Huang V, et al. Development and validation of geriatric depression screening: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49)

		SI	NO
1	E' soddisfatto della sua vita?	0	1
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0
3	Ritiene che la sua vita sia vuota?	1	0
4	si annoia spesso	1	0
5	Ha speranza nel futuro?	0	1
6	E' tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa?	1	0
7	E' di buon umore per la maggior parte del tempo?	0	1
8	Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1	0
9	Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0	1
10	Si sente spesso indifeso?	1	0
11	Le capita spesso di essere irrequieto e nervoso?	1	0
12	Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
13	Si preoccupa frequentemente per il futuro?	1	0
14	Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1	0
15	Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0	1
16	Si sente spesso abbattuto e triste. adesso?	1	0
17	Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere vissuta?	1	0
18	Si tormenta molto pensando al passato?	1	0
19	Trova che la sua vita sia molto eccitante?	0	1
20	Le risulta difficile iniziare ad occuparsi di nuovi progetti?	1	0
21	Si sente pieno di energia?	0	1
22	Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1	0
23	Pensa che la maggior parte delle persone sia in una condizione migliore della sua?	1	0
24	Le capita spesso di turbarsi per cose poco importanti?	1	0
25	Ha frequentemente voglia di piangere?	1	0
26	Ha difficoltà a concentrarsi?	1	0
27	Si alza con piacere la mattina?	0	1
28	Preferisce evitare gli incontri sociali?	1	0
29	Le riesce facile prendere delle decisioni?	0	1
30	ha la mente lucida come prima?	0	1

Punteggio totale

____/30

Geriatric Depression Scale

La Geriatric Depression Scale è una tra le più diffuse scale per la valutazione di sintomi depressivi nell'anziano e trova una sua applicabilità anche nel paziente demente di grado lieve-moderato (si sconsiglia l'utilizzo nei pazienti con un Mini Mental State inferiore a 15).

E' uno strumento composto da 30 items, che esclude la rilevazione dei sintmi somatici e di sintomi psicotici. le risposte sono di tipo binario (si/no) e questo rende lo strumento di più facile utilizzo nei pazienti anziani con deficit cognitivo.

Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 30 (massima gravità della depressione), con un cut-off individuato a 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti. La gravità della depressione viene quindi così rappresentata: da 0 a 10 assente, da 11 a 16 depressione lieve-moderata, 17 o superiore depressione grave.

Cornell Scale for Depression in Dementia

(Alexopoulos GS, Abrams RC, Young BC, Shamoian CA: Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatr* 1988;23:271-284)

	non applicabile	assente	Lieve/ moderato	severo
Alterazioni del tono dell'umore				
Ansia (espressione ansiosa, ruminazione, inquietudine)	a	0	1	2
Tristezza (espressione triste, voce triste al limite del pianto)	a	0	1	2
Mancanza di reazioni ad avvenimenti piacevoli	a	0	1	2
Irritabilità (facilmente irritabile, in collera, annoiato)	a	0	1	2
Disturbi comportamentali				
Agitazione (impazienza, movimento nervoso delle mani)	a	0	1	2
Rallentamento motorio /movimenti rallentati, discorso rallentato, reazioni lente)	a	0	1	2
Lamento di molteplici disturbi fisici (segnare 0 in presenza di soli sintomi gastrointestinali)	a	0	1	2
Perdita di interessi (minore partecipazione alle attività usuali) (segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese recedente)	a	0	1	2
Segni fisici				
Diminuzione dell'appetito (mangia meno del solito)	a	0	1	2
Perdita di peso (segnare se la perdita di peso è superiore a 2 kg in meno di un mese)	a	0	1	2
Mancanza di energia (si stanca facilmente, è incapace di sostenere una attività) (segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese recedente)	a	0	1	2
Funzioni cicliche				
Variazioni del tono dell'umore durante la giornata (sintomi più intensi al mattino)	a	0	1	2
Difficoltà ad addormentarsi (si addormenta più tardi rispetto al solito)	a	0	1	2
Numerosi risvegli notturni	a	0	1	2
Precoce risveglio mattutino (risveglio precoce rispetto al solito)	a	0	1	2
Disturbi ideativi				
Suicidio (sentimento che la vita non vale la pena di essere vissuta, desiderio di suicidio, tentato suicidio)	a	0	1	2
Bassa autostima (autoaccusa, diminuzione della stima di sé, sentimento di fallimento)	a	0	1	2
Pessimismo (si attende il peggio)	a	0	1	2
Deliri relativi all'umore (idde deliranti di rovina, di malattia di abbandono)	a	0	1	2

Cornell Scale for Depression in Dementia (CDS)

E' una scala appositamente disegnata per la valutazione dei sintomi depressivi nei pazienti dementi. La Cornell Scale utilizza una serie standardizzata di item che sono rilevati attraverso un'intervista ad una persona che conosce il paziente (familiare o operatore) ed il colloquio semistrutturato con il paziente. Si tratta quindi di uno strumento osservazionale, che non richiede quindi la risposta diretta del paziente a domande formulate in modo standardizzato.

La scala si compone di 19 item, con risposte che hanno un punteggio graduato da 0 (sintomo assente) a 2 (sintomo severo). E' una delle poche scale validate in popolazioni di soggetti dementi, anche di entità moderato-severa (*Ballard et al, JAGS, 1997;45:123-124*).

La versione proposta è quella validata dal *Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia*.

In popolazioni di dementi uno score superiore a 9 alla CDS identifica i soggetti affetti da sindrome depressiva.

Clinical insight rating scale (CIRS)

(Ott B.R., Lafleche G., Whelihan W.M., Buongiorno G.W., Albert M.S., Fogel B.S.: Impaired awareness of deficits in Alzheimer's Disease. Alzheimer Dis. Assoc. Dis. 1996;10: 68-76)

	Insight completo	Insight Parziale	Insight nullo
Consapevolezza della ragione della visita	0	1	2
Consapevolezza del deficit cognitivo	0	1	2
Consapevolezza dei deficit funzionali	0	1	2
Consapevolezza della progressione della malattia	0	1	2
Totale			____/8

La CIR ("Scala clinica per la valutazione dell'insight") è formulata come intervista semi-strutturata e deve essere preceduta da un colloquio con il caregiver del paziente, durante il quale sono indagate le motivazioni della visita dal medico, la durata di malattia, le modalità di insorgenza e di progressione dei deficit cognitivi, dall'impatto di questi sullo stato funzionale e la condizione clinica attuale. La versione italiana di questa scala è stata validata dal Gruppo di Ricerca Geriatrica (*Vallotti B, Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M. L'insight del paziente demente: riproducibilità di due strumenti di valutazione. Giorn Geront 1997;45:341-345*).

La CIR, che valuta un ampio spettro dell'insight, si sviluppa in quattro argomenti che il medico deve trattare:

- a) la ragione della visita dal medico: questo item indaga la consapevolezza della situazione clinica;
- b) i deficit cognitivi: valuta la consapevolezza del paziente riguardo a un problema di memoria o di altre attività mentali;
- c) i deficit funzionali: valuta la consapevolezza nel paziente riguardo a problemi nelle attività funzionali della vita quotidiana come l'occupazione, l'amministrazione del denaro, gli appuntamenti, le attività strumentali;
- d) la percezione della progressione della malattia: valuta la consapevolezza di un declino delle attività funzionali di base rispetto al periodo antecedente all'insorgenza della malattia.

Il punteggio complessivo varia da 0 a 8, ogni item può avere un punteggio da 0 a 2. Un punteggio di 0 equivale alla piena consapevolezza, quello di 2 alla negazione totale o mancanza di insight; un punteggio di 1 equivale ad una parziale o minima consapevolezza dei deficit.

1- "Consapevolezza della ragione della visita" Questo item indaga la consapevolezza della situazione. Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza che egli sta vedendo il medico per richiesta di qualcuno, per una specifica ragione.

Il punteggio di 1 dovrebbe essere dato alla consapevolezza che il paziente sta vedendo il medico per richiesta dei parenti, ma non sa riferire il motivo della visita ed il tipo di medico.

Ci sarà qualche sovrapposizione valutando gli item sottostanti.

Il punteggio è misurato basandosi sulle domande del colloquio preliminare con il caregiver del paziente.

2- "Consapevolezza del deficit cognitivo"

Valutata come consapevolezza che vi è un problema di memoria o di altre attività mentali. Questo è valutato basandosi su domande specifiche al paziente e al caregiver riguardanti la presenza di deficit di memoria.

Il punteggio di 1 dovrebbe essere dato alla consapevolezza della disfunzione di memoria, ma che il paziente non riferisce come un problema.

3- "Consapevolezza dei deficit funzionali"

Valutata come la consapevolezza che ci sono problemi nelle attività funzionali della vita quotidiana come l'occupazione, l'amministrazione del denaro, gli appuntamenti, le attività strumentali.

Anche questo è valutato basandosi su domande specifiche durante l'intervista, inerenti allo stile di vita del paziente.

4- "Consapevolezza della progressione della malattia"

Misurata secondo le funzioni di base del paziente al tempo dell'insorgenza della demenza, è basata sull'informazione derivata da referti medici così come dall'intervista.

Valutazione della comorbidità somatica

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

INDICE DI COMORBIDITÀ (CIRS)

(Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:130-137)

1) Patologie cardiache (solo cuore)	À	Á	Â	Ã	Ä
2) Ipertensione	À	Á	Â	Ã	Ä
si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente					
3) Patologie vascolari	À	Á	Â	Ã	Ä
sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico					
4) Patologie respiratorie	À	Á	Â	Ã	Ä
polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe					
5) O.O.N.G.L.	À	Á	Â	Ã	Ä
occhio, orecchio, naso, gola, laringe					
6) Apparato GI superiore	À	Á	Â	Ã	Ä
esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas					
7) Apparato GI inferiore	À	Á	Â	Ã	Ä
intestino, ernie					
8) Patologie epatiche	À	Á	Â	Ã	Ä
solo fegato					
9) Patologie renali	À	Á	Â	Ã	Ä
solo rene					
10) Altre patologie genito-urinarie	À	Á	Â	Ã	Ä
ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali					
11) Sistema muscolo-scheletro-cutaneo	À	Á	Â	Ã	Ä
muscoli, scheletro, tegumenti					
12) Patologie sistema nervoso	À	Á	Â	Ã	Ä
sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza					
13) Patologie endocrine-metaboliche	À	Á	Â	Ã	Ä
include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici					
14) Patologie psichiatriche-comportamentali	À	Á	Â	Ã	Ä
include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi					

À: assente; Á: lieve; Â: moderato; Ã: grave; Ä: molto grave

Indice di severità: _____

Indice di comorbidità: _____

INDICE DI COMORBIDITÀ (CIRS)

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano.

La versione proposta è quella in uso presso i Nuclei Alzheimer della Regione Lombardia.

Questo strumento richiede che il medico definisca la severità clinica e funzionale di 14 categorie di patologie. Il medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

- À *assente*: nessuna compromissione d'organo/sistema
- Â *lieve*: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
- Ã *moderato*: la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete o fratture).
- Ä *grave*: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
- Å *molto grave*: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio; stroke; sanguinamenti gastro-intestinali; embolia).

Si ottengono due indici:

L'Indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali);

L'Indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).

Valutazione dei caregivers

Caregiver burden Inventory (CBI)

CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

(Novak M. e Guest C., *Gerontologist*, 29, 798-803, 1989)

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= per nulla 1= un poco 2= moderatamente 3= parecchio 4= molto

T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4
T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4
T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4
T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4
T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0	1	2	3	4
S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4
S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4
S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4
S9. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4
S10. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4
F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4
F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4
F13. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4
F14. Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4
D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4
D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4
D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4
D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4
D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4
E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4
E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4
E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4
E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4
E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4

CAREGIVER BURDEN INVENTORY

La CBI è uno strumento di valutazione del carico assistenziale, in grado di analizzarne l'aspetto multidimensionale, elaborato per i caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenze correlate.

E' uno strumento self-report, compilato dal caregiver principale, ossia il familiare o l'operatore che maggiormente sostiene il carico dell'assistenza al malato. Al caregiver è richiesto di rispondere barrando la casella che più si avvicina alla sua condizione o impressione personale.

E' uno strumento di rapida compilazione e di semplice comprensione.

Suddivisa in 5 sezioni, consente di valutare fattori diversi dello stress: carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo.

1 - il burden dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza (item 1-5), che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver;

2 - il burden evolutivo (item 6-10), inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei;

3 - il burden fisico (item 11-14), che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica;

4 - il burden sociale (item 15-19), che descrive la percezione di un conflitto di ruolo;

5 - il burden emotivo (item 20-24), che descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri.

La CBI permette di ottenere un profilo grafico del burden del caregiver nei diversi domini, per confrontare diversi soggetti e per osservare immediatamente le variazioni nel tempo del burden.

I caregiver con lo stesso punteggio totale possono presentare diversi modelli di burden. Questi diversi profili sono rivolti ai diversi bisogni sociali e psicologici dei caregiver e rappresentano i differenti obiettivi di diversi metodi di intervento pianificati per dare sollievo agli specifici punti deboli specificati nel test.

Le minori affidabilità del test si riscontrano a proposito del carico emotivo e sociale.

Valutazione complessiva della gravità

Clinical Dementia Rating Scale

La Clinical Dementia rating Scale (CDR) estesa

(Hughees et al, 1982; Heyman et al, 1987).

	NORMALE	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

Cxlinical Dementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 - e 3; 0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1 compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.