

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL PAZIENTE PSICOGERIATRICO

CORSO DI FORMAZIONE - SEZIONE REGIONALE DEL LAZIO AIP
FONDAZIONE DON GNOCCHI



Sala Congressi – Fondazione Don Gnocchi
Via Maresciallo Caviglia (Ponte Milvio), 2

ROMA, 4-5 marzo 2011
Ore 8.30

Le valutazioni

Moderatori

G. Capobianco - M. Turno

I disturbi

Psicocomportamentali

Gabriele Carbone

Neurologo

Responsabile

Centro Demenze – Unità Alzheimer Italian
Hospital Group Guidonia (Roma)

Valutazione del paziente psicogeriatrico

Quella psicogeriatrica può essere considerata la "**patologia emergente del terzo millennio**" perché l'invecchiamento demografico della popolazione, verificatosi negli ultimi decenni, ha enormemente accresciuto la popolazione a rischio.

Questo fenomeno ha stimolato diffusamente lo studio dei disturbi di questa particolare fascia di popolazione ed ha sicuramente avuto il merito di **sfatare** il mito della **fatale irreversibilità** dei quadri psicogeriatrici e di evidenziare **quelli potenzialmente reversibili o almeno non evolutivi e, quindi, curabili.**

Valutazione del paziente psicogeriatrico: fattori determinanti lo stato di salute

Il paziente psicogeriatrico, per le sue caratteristiche intrinseche rappresenta, di fatto, uno dei più importanti e complessi problemi sanitari del nostro tempo, tanto per gli aspetti medici quanto per quelli socioeconomici.

Il suo stato di salute viene ad essere determinato in misura maggiore, a differenza di quanto accade nei soggetti giovani, dalle ampie **interazioni** che si sviluppano in questa fascia di età tra **fattori biologici, psichici e ambientali**.

Valutazione del paziente psicogeriatrico: complessità e fragilità

Nel corso dell'invecchiamento si verificano infatti importanti modificazioni **biologiche** che vanno nella direzione di una riduzione delle riserve funzionali di organi e sistemi e della capacità omeostatica.

Il soggetto anziano diventa inoltre più vulnerabile a sviluppare polipatologie ed a manifestare disturbi psicopatologici, con maggiore frequenza che nei giovani adulti, anche in risposta a condizioni **psicosociali** sfavorevoli.

Valutazione del paziente psicogeriatrico: **polipatologia**

È stato calcolato che circa 4 anziani su 5 sono affetti da almeno una malattia cronica, ma che ben il **30%** di essi è portatore di tre o più affezioni ad andamento cronico-evolutivo.

In particolare, da studi condotti su popolazioni anziane, è emerso che:

- nei soggetti di età compresa tra 65 e 74 anni circa il 4,6% è affetto da più di 4 malattie
- in quelli di età > ai 75 anni, il numero di affezioni per soggetto è di 5,8 e solo il 10% non ha problemi di disabilità.

Valutazione del paziente psicogeriatrico: polipatologia e disturbi psico-comportamentali

La polipatologia diventa pertanto una condizione di frequente riscontro in età avanzata, con importanti implicazioni, oltre che il paziente, per l'operato del medico e per la famiglia.

La coesistenza di più patologie nello stesso individuo comporta poi la **non infrequente compresenza** di un insieme di **sintomi somatici, psichici e comportamentali** che complica sensibilmente sia l'inquadramento nosologico che il trattamento terapeutico.

Disturbi psico-comportamentali e Malattie mediche croniche

Malattia Medica Cronica	Prevalenza dei disturbi Psico-comportamentali (%)
Tutte le Malattie	30-40
Assenza di Malattia	15- 30
Sindrome demenziale	25-90
Disturbo neurologico	40
Cardiopatìa	35
BPCO	31
Cancro	30
Artrite	25
Diabete	23
Ipertensione	22

Fattori che incidono sullo stato di salute nell'anziano: interazioni biopsicosociali

Nel caso dei soggetti anziani inoltre la psicopatologia, a differenza dei giovani-adulti, è molto spesso così strettamente correlata anche con **fattori psicosociali** tanto da creare un **insieme unico** nel quale è difficile isolare una componente rispetto alle altre, al punto che l'elemento unificante diventa il paziente anziano in quanto tale, con l'insieme delle “fragilità” di cui è spesso portatore.



Fattori che determinano lo stato di salute del soggetto anziano

Alteraz. strutturali e funzionali del SNC

- Fattori genetici
- Genere
- Noxae infettive
- Endocrinopatie
- Emopatie: anemia
- Insuff. Epato-renale
- Politerapie

Fattori biologici

Fattori psicologici

Nosogenesi dei disturbi psico-comportamentali

Fattori sociali

- Classe socio-economica
- Urbanizzazione
- Supporto sociale
- Emigrazione

- Ambiente familiare disturbato
- Eventi di vita: lutto, rottura relazione significativa, pensionamento,
- Malattia, disabilità

Valutazione del paziente psicogeriatrico

È per questi motivi, dunque, che la valutazione del paziente psicogeriatrico, qualunque sia il disturbo psicocomportamentale che manifesta, non può essere limitata all'analisi del solo disturbo psicopatologico, ma deve essere integrata in una più ampia indagine che tenga conto di tutti gli aspetti (**fattori biopsicosociali**) che determinano lo stato di salute del soggetto anziano.

Valutazione del paziente psicogeriatrico: approccio tradizionale - disease oriented

- **Anamnesi:**

- determinare la frequenza e la durata dell'alterazione psichica;
- identificare le patologie acute e croniche comorbose;
- attenta revisione farmacologica;
- ricostruzione dello stato cognitivo premorbo.

- **Esame Obiettivo:** esame accurato dei singoli apparati

- **Laboratorio:** emocromo, elettroliti, TSH, Vit B12, ac. folico, urine.

- **Esame strumentali:** ECG, RX-torace, TC/RMN, SPECT (in base all'anamnesi ed all' E.O.)

Valutazione del paziente psicogeriatrico: multidimensionalità e multiprofessionalità

Diventa inoltre necessario un approccio metodologico che permetta:

- di analizzare tutti gli aspetti che mettono il soggetto in relazione con se stesso e con l'ambiente (e che quindi possono essere responsabili della nosogenesi dei BPSD)
- di rilevarne l'evoluzione in relazione agli interventi terapeutici effettuati.

L'approccio deve essere quindi multidimensionale e possibilmente interdisciplinare, poiché taluni aspetti dei disturbi psico-comportamentali da valutare possono esulare dalle competenze del singolo professionista essendo più propriamente oggetto di studio di altre branche specialistiche.

Valutazione del paziente psicogeriatrico: multidimensionalità e multiprofessionalità

Per valutare i disturbi psicocomportamentali, che accompagnano e molto spesso caratterizzano i quadri psicogeriatrici, bisogna pertanto conoscere i principali **strumenti standardizzati**, costruiti per analizzarli, e saperli utilmente impiegare per:

- **cogliere le differenze sintomatologiche** correlabili a sedi e tipi diversi di lesioni,
- **definire la diagnosi** e individuare le patologie potenzialmente reversibili, o almeno non evolutive e quindi curabili,
- **scegliere la strategia terapeutica** (riabilitativo-assistenziale e farmacologica) potenzialmente più efficace,
- **verificare l'evoluzione** del quadro clinico.

Valutazione del paziente psicogeriatrico: multidimensionalità e multiprofessionalità

L'uso di strumenti di valutazione standardizzati ha infatti come obiettivo anche la quantizzazione oggettiva delle funzioni prese in esame che non esclude *l'impressione soggettiva* ma anzi la rafforza rendendola:

- Ripetibile
- Verificabile
- Confrontabile

permettendo così, la “misurazione” dell'efficacia degli interventi.

Strumenti di valutazione: **quali utilizzare?**

Molti sono gli strumenti di valutazione, e anche molto diversi tra di loro, che vengono proposti per l'analisi dei disturbi psicocomportamentali ma nessuno di essi “**singolarmente**” è in grado di soddisfare a pieno le esigenze cliniche, di ricerca ed è utilizzabile a tutti i fini.

Questo a conferma della **molteplicità**, della **variabilità**, della **complessità** e spesso della **atipicità** dei disturbi psicocomportamentali che si riscontrano nel paziente psicogeriatrico.

Nella pratica clinica, nella scelta degli strumenti di valutazione spesso si fa ricorso a RS “brevi” e spesso incomplete, applicabili in tempi abbastanza contenuti, perdendo così la possibilità di una analisi **multidimensionale biopsicosociale** che è alla base di questo approccio metodologico.

Strumenti di valutazione: **quali utilizzare?**

Molti strumenti di valutazione non esaminano in modo omogeneo le **tre dimensioni** (biopsicosociale), ma ne permettono una analisi solo parziale. Dal combinarsi o non combinarsi delle tre dimensioni si ottengono artificialmente 7 classi di strumenti valutativi che possiamo così raggruppare:

- **3 ad una dimensione** — Fisica (F), Mentale (M) e Sociale (S) — quando viene valutata soltanto o prevalentemente (almeno l'80%) una sola sfera;
- **3 a due dimensioni** — Fisica/Mentale (FM), Fisica/Sociale (FS) e Mentale/Sociale (MS) - quando vengono prese in considerazione, ed in misura pressoché analoga, soltanto due sfere;
- **1 a tre dimensioni** — Fisica/Mentale/Sociale (FMS) — quando vengono valutate in misura equivalente tutte e tre le sfere.

SCALE DI VALUTAZIONE AD UNA DIMENSIONE

SFERA MENTALE: UMORE

Rating scale	Autori	Aree esplorate	n° item
Measurement of Morale in the Elderly - MME	Pierce e Clark, 1973	soddisfazione per la vita	(45)-35
Philadelphia Geriatric Center Morale Scale - PGCMS	Lawton, 1975	agitazione, solitudine, atteggiamento verso l'età	22
Short Psychiatric Evaluation Schedule - SPES	Pfeiffer, 1979	depressione, ipocondria, debolezza, ansia, paranoia	15
Geriatric Depression Scale — GDS	Brink et al., 1982	depressione	30
Cornell Scale for Depression in Dementia - CSDD	Alexopoulos et al., 1988	depressione	19

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)

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 < a 15**).

È uno strumento composto da **30 items**, che **esclude** la rilevazione dei sintomi 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. È stata validata anche una versione a **15 items**.

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 **0-10** assente, da **11-16** depressione lieve-moderata, **≥17** depressione grave.

Geriatric Depression Scale (GDS)

a 30 items

Scegliere la risposta in base a come vi siete sentiti nel corso dell'ultima settimana.

		SI	NO
1	Siete sostanzialmente soddisfatti della vostra vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avete abbandonato molte delle vostre attività e interessi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	La vita vi sembra vuota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Siete spesso annoiati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Avete speranza nel futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Siete infastiditi da pensieri che non riuscite a togliervi dalla testa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Siete di buon umore per la maggior parte del tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Avete paura che qualcosa di brutto stia per accadervi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vi sentite felice per la maggior parte del tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Vi sentite spesso senza speranza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Vi sentite spesso irrequieto e agitato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Preferite rimanere in casa, piuttosto che uscire e fare cose nuove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Il futuro vi preoccupa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Vi sembra di avere dei problemi di memoria più degli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Vivere, per voi, è meraviglioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Vi sentite spesso giù di corda e malinconico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Vi sentite inutile nella vostra situazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Vi tormentate molto pensando al passato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Trovate la vita molto interessante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	È difficile per voi iniziare delle nuove cose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Vi sentite carichi di energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Vi sembra che la vostra situazione sia senza speranza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Pensate che la maggior parte delle persone sia meglio di voi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Siete spesso agitati per cose poco importanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Avete frequentemente voglia di piangere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Avete difficoltà a concentrarvi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	È un piacere per voi alzarvi al mattino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Preferite evitare di incontrare gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Vi riesce facile prendere delle decisioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Vi sembra che la vostra mente sia lucida come prima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTEGGIO TOTALE

(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)

Geriatric Depression Scale

(item n° 4)

E' soddisfatto della sua vita ?	si	no
Ha la sensazione che la sua vita sia vuota?	si	no
Si sente felice per la maggior parte del tempo?	si	no
Ha paura che le capiti qualche cosa di spiacevole?	si	no

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) FIVE ITEMS -

	SI	NO
1 E' soddisfatto della sua vita?	0	1
2 E' di buon umore per la maggior parte del tempo?	0	1
3 Si sente spesso indifeso, abbandonato ?	1	0
4 Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
5 Si sente un po' inutile per come lei vive in questo periodo?	1	0
Normale = 0-1; Depressione = ≥ 2	Punteggio totale _____ /5	

Rinaldi P. Mecocci P., et al. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in three different settings . JAGS. 51: 694-698, 2003

**Scala Geriatrica di depressione
geriatric depression scale (forma breve)**

1. È fondamentalemente soddisfatto della sua vita?	Sì	No
2. Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	Sì	No
3. Sente che la sua vita è vuota?	Sì	No
4. Si annoia spesso?	Sì	No
5. È di buon umore la maggior parte del tempo?	Sì	No
6. Ha paura che qualcosa di brutto stia per succederle?	Sì	No
7. Si sente più felice nella maggior parte del tempo?	Sì	No
8. Si sente spesso impotente?	Sì	No
9. Preferisce restare a casa piuttosto che uscire e fare cose nuove?	Sì	No
10. Ritieni di avere più problemi con la memoria della maggior parte delle persone?	Sì	No
11. Pensa che la vita sia meravigliosa?	Sì	No
12. Si sente piuttosto inutile così com'è?	Sì	No
13. Si sente pieno di energie?	Sì	No
14. Ha l'impressione che la sua situazione sia disperata?	Sì	No
15. Pensa che la maggior parte delle persone sia migliore di lei?	Sì	No
Punteggio: ___/15 Un punto per "No" alle domande 1, 5, 7, 11, 13 Un punto per "Sì" alle altre domande		Normale 3 ± 2 Lievemente depresso 7 ± 3 Molto depresso 12 ± 2

Adattata da Sheikh JI, Yesavage JA: "Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version," in *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, edited by TL Brink. Binghamton, NY, Haworth Press, 1986, pp. 165-173. © By The Haworth Press, Inc. Tutti i diritti riservati. Riproduzione autorizzata.

Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

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 la risposta diretta del paziente.

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*).

In popolazioni di dementi uno score > 9 alla CSDD identifica i soggetti affetti da sindrome depressiva.

Cornell Scale for Depression in Dementia

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

Validata in popolazioni di soggetti:

- residenti in casa di riposo,
- in comunità
- ospedalizzati

può essere utilizzata anche in anziani cognitivamente integri.

Divisa in 5 aree

- Alterazioni tono dell'umore
- disturbi comportamentali
- Segni fisici
- Funzioni cicliche
- Disturbi ideativi

Range: 0-38 (cut off 9)

	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 precedente)	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 precedente)	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 (idee deliranti di rovina, di malattia di abbandono)	a	0	1	2

SFERA MENTALE: FUNZIONI COGNITIVE

Rating scale	Autori	Aree esplorate	n° item
Wechsler Adult Intelligence Scale - WAIS	Wechsler, 1939	comprensione verbale, pensiero logico, ecc. sub-test	11
Visual Retention Test - VRT	Benton, 1945	rappresentazione spaziale, memoria visiva	10
Information - Memory - Concentration Test - IMCT	Blessed et al., 1968	orientamento, memoria, concentrazione	27
Dementia Scale - DS	Blessed et al., 1968	cambiamenti nella vita, nelle attività, ecc	22
Mini-Mental State (Examination) - MMS (o MMSE)	Folstein et al., 1975	orientamento, memoria, attenzione, linguaggio, ecc	12
Ischemic Score - IS	Hachinski et al., 1975	storia clinica, aspetti neuro-psichiatrici, ecc	13
Short Portable Mental Status Questionnaire - SPMSQ	Pfeiffer, 1975	memoria, orientamento, calcolo	10
Mattis Organic Mental Syndrome Screening Examination - MOMSSE	Mattis, 1976	memoria, linguaggio, astrazione, prassia, ecc	10
Philadelphia Geriatric Center Mental Status Questionnaire	Fishback, 1977	orientamento, memoria, autonomia, informazioni, ecc.	35
Check-List Differentiating Pseudodementia from Dementia	Wells, 1979	comportamento, antecedenti, esordio, evoluzione, ecc	22
Modified Ischemic Score - MIS	Loeb e Gandolfo, 1984	storia clinica, aspetti neurologici, reperti TAC	6
Echelle Clinique d'Aptitudes Intellectuelles - ECAI	Israël et al., 1980	vigilanza, attenzione, memoria, orientamento, espressione, ecc	9

SFERA MENTALE: COMPORTAMENTO

Rating scale	Autori	Aree esplorate	n° item
D-Test	Ferm, 1974	memoria, comunicazione, autonomia, continenza, ecc.	13
Geriatric Mental State Schedule – GMSS	Copeland et al., 1976	21 fattori	600
Survey Psychiatric Assessment Schedule - SPAS	Bond et al., 1980	patologia organica, depressione, ansia, ecc.	51
Behaviour and Mood Disturbance Scale – BMDS	Greene et al., 1982	umore, comportamento, indifferenza	40
Neuropsychiatric Inventory - UCLA	Commings J.L, et al, 1994	12 aree	12

Neuropsychiatric Inventory

(Comings J.L, et al, 1994)

	N.A.	Frequenza(a)					Gravità (b)			(axb)
Deliri		0	1	2	3	4	1	2	3	
Allucinazioni		0	1	2	3	4	1	2	3	
Agitazione		0	1	2	3	4	1	2	3	
Depressione/disforia		0	1	2	3	4	1	2	3	
Ansia		0	1	2	3	4	1	2	3	
Euforia/esaltazione		0	1	2	3	4	1	2	3	
Apatia/indifferenza		0	1	2	3	4	1	2	3	
Disinibizione		0	1	2	3	4	1	2	3	
Irritabilità		0	1	2	3	4	1	2	3	
Attività motoria		0	1	2	3	4	1	2	3	
Sonno		0	1	2	3	4	1	2	3	
Appetito		0	1	2	3	4	1	2	3	

Frequenza:

- 1= Raramente: meno di una volta alla settimana
- 2= Talvolta: circa una volta alla sett.
- 3= Frequentemente: molte volte alla sett. ma non tutti i giorni
- 4= Quasi costantemente: praticamente sempre presente

Gravità

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

SCALE DI VALUTAZIONE AD DUE DIMENSIONI

SFERA MENTALE E SOCIALE

Rating scale	Autori	Aree esplorate	n° item
Social Dysfunction Rating Scale - SDRS	Linn et al., 1969	indifferenza, dipendenza, insoddisfazione, ecc.	21
Aspects Psychologiques et Sociaux du Vieillessement — APSV	Israël, 1984	bisogni, dipendenza, risorse, integrazione, ecc.	85
Relatives' Stress Scale - RSS	Greene et al., 1982	tristezza, rifiuto, sconvolgimento	15

Relative's stress scale

	mai 0	di rado 1	a volte 2	spesso 3	sempre 4
Pensate mai di non riuscire a fronteggiare la situazione?					
Pensate mai di avere bisogno di aiuto?					
Vi capita di sentirvi depressi dalla situazione ?					
La vostra salute ne ha in qualche modo sofferto?					
Vi preoccupate che succedano incidenti?					
Pensate mai che il problema non abbia via d'uscita?					
Avete difficoltà ad andare via per le vacanze?					
In che misura è stata modificata la vostra vita sociale?					
In che misura è stata turbata la vostra vita familiare?					
Il vostro sonno viene interrotto ?					
Si è abbassato il vostro tenore di vita?					
Vi sentite mai imbarazzati?					
Siete impossibilitati a ricevere visite?					
Vi capita mai di essere contrariati o arrabbiati?					
Vi capita a volte di sentirvi frustrati?					

SFERA MENTALE E SFERA FISICA

Rating scale	Autori	Aree esplorate	n° item
Index of Activities of Daily Living - ADL Index	Katz et al., 1963	igiene personale, movimento alimentazione, continenza	6
Instrumental Activities of Daily Living Scale - IADL	Lawton e Brody, 1969	attività della vita quotidiana	8
Physical Self-Maintenance Scale - PSMS	adattato da: Lawton e Brody, 1969	igiene personale, movimento, alimentazione, ecc	6
Disability Rating Scale - DRS	Akhtar et al., 1973	mobilità, cure personali, continenza, stato mentale, ecc.	11
Performance Test of Activities of Daily Living - PTADL	Kuriansky e Gurland, 1976	16 attività della vita quotidiana	16
Götestam Geriatric Rating Götestam, Scale - G-GRS	1981	confusione, memoria, sonno, alimentazione, attività, ecc.	20
G.B.S. Scale - GBS	Gottfries et al., 1982	funzioni motorie, intellettive, emotive e sintomi demenziali	26
Alzheimer's Disease Assessment Scale - ADAS	Rosen et al., 1984	cognitività, umore, pensiero, motricità, ecc.	19

IADL

(Lawton et al. 1969)

- A) Abilità ad usare il telefono**
- B) Fare la spesa**
- C) Preparare i pasti**
- D) Cura della casa**
- E) Fare il bucato**
- F) Spostamenti fuori casa**
- G) Assunzione dei farmaci**
- H) Uso del proprio denaro**

ADL

(Katz S. et al., 1963)

- A) Fare il bagno**
- B) Vestirsi**
- C) Toilette**
- D) Spostarsi**
- E) Continenza (feci e urine)**
- F) Alimentazione**

INDICE DI BARTHEL

(Shah S. et al. 1989)

Funzione o compito	Incapace di eseguirlo	Tenta di eseguirlo ma è insicuro	Richiesto aiuto moderato	Richiesto aiuto minimo	Indipendente
Alimentazione	0	2	5	8	10
Fare il bagno/doccia	0	1	3	4	5
Igiene personale	0	1	3	4	5
Abbigliamento	0	2	5	8	10
Controllo dell'intestino	0	2	5	8	10
Controllo della vescica	0	2	5	8	10
Uso del gabinetto	0	2	5	8	10
Trasferimento sedia/letto	0	3	8	12	15
Deambulazione	0	2	8	12	15
Salire le scale	0	2	5	8	10
Uso della carrozzina (assegnare i punti solo se è incapace a deambulare e la sa usare)	0	1	3	4	5

100 = autosufficienza

91 – 99 = quasi autosufficienza

75 – 90 = dipendenza lieve

50 – 74 = dipendenza moderata

25 - 49 = dipendenza grave

Strumenti di valutazione a tre dimensioni

Esplorano in misura sostanzialmente simile tutte e tre le dimensioni (fisica, mentale e sociale), sono abbastanza numerosi, oltre che eterogenei come dimensioni e struttura, tanto che possiamo distinguerli in:

- Strumenti semplici
- Strumenti compositi

Per "**semplici**" si intendono quelli che esauriscono la valutazione in un numero delimitato di item sostanzialmente omogenei.

Per "**compositi**" quelli in cui sono raccolti strumenti diversi (per esempio, più scale di valutazione, da sole o variamente associate ad esami clinici e biologici).

STRUMENTI A TRE DIMENSIONI

STRUMENTI "SEMPLICI"

Rating scale	Autori	Aree esplorate	n° item
Stockton Geriatric Rating Scale - SGRS	Meer e Baker, 1966	incapacità fisica, apatia, comunicazione, comp. sociale	33
Plutchik Geriatric Rating Scale - P-GRS	Plutchik et al., 1970	stato fisico, mentale e sociale	31
Parachek Geriatric Behavior Rating Scale - PGBRS	Miller e Parachek, 1974	stato fisico, cure personali, comportamento sociale	10
Sandoz Clinical Assessment Geriatric - SCAG	Shader et al., 1974	agitazione/irritabilità, ritiro sociale, depressione, cognitivtà	19
Echelle d'Appreciation Clinique en Geriatrie - EACG	Georges et al., 1977	deter. mentale, dist. sensoriali, riduz. dinamismo, socializzazione	17
Self-Assessment Scale Geriatric - SASG	Yesavage et al., 1981	agitazione/irritabilità, ritiro sociale, depressione, cognitivtà	19
Disability Assessment Schedule - DAS	WHO, 1979	comportamento generale, adattamento sociale, ecc	97

STRUMENTI A TRE DIMENSIONI

STRUMENTI "COMPOSITI"

Rating scale	Autori	Aree esplorate	n° item
Comprehensive Assessment and Referral Evaluation - CARE	Gurland et al., 1977-78	medica, sociale, psicologica	600
OARS-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire-MFAQ	Duke Univ., 1978	salute fisica e mentale, risorse economiche e sociali	101
Geriatric Rapid Diagnostic Battery - GRDB	Murkofsky et al., 1978	risorse, salute psicofisica, socialità, cognitivà, ecc	
Clifton Assessment Procedures for Elderly - CAPE	Pattie e Gillard, 1979	cognitivà e comportamento	
Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination - CAMDEX	Roth et al., 1986	stato fisico e mentale, cognitivà, autonomia, ecc.	
Multilevel Assessment Instrument – MAI	Lawton et al., 1982	benessere fisico, mentale, sociale, economico	216
SIDAM	Zaudig et al., 1989, 1991	diagnosi, stato fisico e mentale, cognitivà, ecc.	
Milan Overall Dementia Assessment - MODA	Brazzelli et al., 1994	cognitivà, orientamento, autonomia	

Altri strumenti di valutazione

Strumenti che mal si collocano nelle categorie descritte ma valutano o la **gravità generale** di un quadro **demenziale**, o il suo **cambiamento** o, più globalmente, l'insieme della sintomatologia visto da differenti punti di vista.

Uno di questi è il **Clinical Dementia Rating — CDR** (Hughes et al., 1982). Questo strumento esplora **6 aree**: memoria, concentrazione, giudizio e capacità di risolvere i problemi, attività domestiche e sociali, assistenza personale.

Utilizza una scala a 5 punti (0 = nessuna compromissione; 5 = demenza terminale).

Il punteggio è il risultato della valutazione **del paziente e dell'intervista con chi lo assiste**, per entrambi sono fornite domande da porre (o comunque suggerimenti) per ottenere le informazioni necessarie per formulare un giudizio.

Il punteggio totale fornisce un giudizio di gravità complessivo - quantitativo.

La Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (Hughes 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.					

La scala di Barry Reisberg

Global Deterioration Scale (GDS).

La scala più usata per la stadiazione della Malattia di Alzheimer.

Questa scala è uno strumento di **valutazione globale della gravità del deterioramento cognitivo** ideato per monitorare nel tempo il decorso progressivo della Malattia di Alzheimer.

La GDS è una scala a stadi distinti in 7 livelli di gravità crescente di deterioramento cognitivo (da “nessun declino” a “declino molto severo”).

STADIO 1 - Nessun declino delle funzioni cognitive

Difetto di memoria non riferito dal paziente, né riscontrato nell'indagine dal medico.

STADIO 2 - Declino molto lieve delle funzioni cognitive

Il paziente riferisce difetti della memoria, più frequentemente:

- a) Non ricorda dove vengono messi oggetti familiari;
- b) Non ricorda nomi in precedenza ben noti.
 - Nell'indagine il medico non riscontra prove oggettive di perdita di memoria.
 - Nessuna lacuna sul lavoro o nelle situazioni sociali. Preoccupazione adeguata per la sintomatologia in atto.

La scala di Barry Reisberg

Global Deterioration Scale (GDS).

STADIO 3 - Declino lieve delle funzioni cognitive

Prime lacune ben definite. Più di una delle seguenti manifestazioni:

- a) Il paziente si può perdere trovandosi in un luogo non familiare;
- b) Sul lavoro i colleghi si rendono conto di un minor rendimento del paziente;
- c) Le persone vicine notano nel paziente difficoltà nel trovare le parole e ricordare i nomi;
- d) Il paziente ricorda poco di ciò che legge;
- e) Il paziente può aver smarrito un oggetto di valore;
- f) Durante l'indagine del medico il paziente può manifestare mancanza di concentrazione;
- g) L'evidenza oggettiva del difetto di memoria risulta all'esame attento del medico;
- h) Il paziente comincia a manifestare una certa rinuncia nelle attività giornaliere;
- i) I sintomi sono accompagnati da ansietà lieve o moderata.

La scala di Barry Reisberg

Global Deterioration Scale (GDS).

STADIO 4 - Declino moderato delle funzioni cognitive

- Le seguenti lacune evidenti all'indagine del medico:
 - a) Ridotta conoscenza degli eventi attuali e recenti;
 - b) Difetti nella memoria di fatti della propria storia personale;
 - c) Difetti di concentrazione evidenziabili nell'esecuzione di operazioni di sottrazione in serie (100-5, 100-10 ecc.);
 - d) Diminuite capacità nel viaggiare, nella gestione del denaro ecc.;
 - e) Ridotte capacità nello svolgere compiti complessi.

Per lo più nessun difetto nei seguenti campi:

- a) Orientamento nel tempo e nello spazio;
- b) Riconoscimento di persone e volti familiari;
- c) Capacità di viaggiare in luoghi familiari.
 - La rinuncia nelle situazioni impegnative e il diniego sono meccanismi predominanti di difesa.
 - Si manifestano ridotte risposte affettive.

La scala di Barry Reisberg

Global Deterioration Scale (GDS).

STADIO 5 - Declino moderatamente severo delle funzioni cognitive

- Il paziente comincia ad avere bisogno di assistenza.
- Durante il colloquio con il medico non riesce a ricordare elementi rilevanti della propria vita attuale come, per esempio, il proprio indirizzo o numero telefonico che ha da molti anni, o nomi di parenti stretti.
- Spesso manifesta disorientamento nel tempo e nello spazio.
- Può avere difficoltà nel contare all'indietro, per esempio da 40 sottraendo 4 numeri per volta.
- È mantenuto il ricordo di molti fatti importanti riguardanti se stessi e gli altri.
- Qualche difficoltà nel vestirsi; autosufficienza nella cura della persona e nel mangiare.

La scala di Barry Reisberg

Global Deterioration Scale (GDS).

STADIO 6 - Declino severo delle funzioni cognitive

- Occasionalmente il paziente può non ricordare il nome del coniuge.
- È per lo più ignaro di tutti gli avvenimenti recenti e delle esperienze della propria vita.
- Conserva solo qualche cognizione del proprio ambiente, dell'anno, della stagione ecc.
- Può avere difficoltà a contare all'indietro da 10, oppure anche in avanti.
- Bisogno di assistenza nella vita quotidiana, durante viaggi o spostamenti in luoghi familiari.
- Disturbi della minzione, frequentemente incontinenza.
- Cambiamenti emotivi e della personalità manifesti, con comportamenti maniacali, ossessivi o ripetitivi, violenti, sintomi di ansietà e agitazione.
- Incapacità di prendere decisioni, perdita di forza e volontà.
- Mantenuta capacità di distinguere le persone familiari da quelle non familiari.

STADIO 7 - Declino molto severo delle funzioni cognitive

- Perdita di tutte le capacità verbali. Per lo più il paziente si esprime solo con brontolii.
- Incontinenza urinaria.
- Perdita delle fondamentali capacità psicomotorie come nel camminare e nel mangiare.
- Continua assistenza necessaria per il mantenimento della cura della persona.
- Frequenti sintomi e segni neurologici.

Strumenti di valutazione per i disturbi psicocomportamentali

Per la valutazione dei disturbi psicocomportamentali le RS da utilizzare possono essere essenzialmente di 3 tipi :

- **Scale ad una dimensione** (Mentale): che valutano separatamente umore, cognitivà e comportamento.
- **Scale a due dimensioni:** che valutano contemporaneamente gli aspetti fisico/mentale (FM) e mentale/sociale (MS).
- **Strumenti a tre dimensioni:** che valutano gli aspetti fisico/mentale/sociale (FMS)

Strumenti di valutazione: quali dimensioni analizzare?

Gli strumenti di valutazione devono, di fatto, poter analizzare in modo ampio ed esaustivo le **tre principali “dimensioni”** che mettono il soggetto in relazione con se stesso e con l’ambiente:

- **la sfera fisica** per indagare gli aspetti funzionali che presiedono alle attività di base e quelle strumentali della vita quotidiana;
- **la sfera mentale** per valutare gli aspetti **psichici** che guidano il soggetto nei comportamenti e quindi le **risorse cognitive, emotive e comportamentali**;
- **la sfera sociale** per analizzare le relazioni con gli altri, le interazioni con l’ambiente, gli eventi della vita e, soprattutto, valutare l’adattamento e la socialità.

Strumenti di valutazione: perché l'analisi multidimensionale?

Si deve infatti tener conto che queste **tre dimensioni non sono aree di attività indipendenti**, ma ambiti funzionali in ampia continuità e sovrapposizione tra loro, anche perché espressioni dell'interazione di un individuo, unico e indivisibile, con se stesso e con l'ambiente e quindi devono essere tutte necessariamente prese in esame.

Sarebbe infatti un grave errore pensare che la compromissione anche di una singola sfera funzionale possa essere o rimanere isolata, poiché le inevitabili interazioni tra le diverse aree funzionali finiscono per portare comunque ad una compromissione psicocomportamentale.

Strumenti di valutazione: perché l'analisi multidimensionale?

Ciò è poi particolarmente vero nel soggetto anziano, il cui equilibrio fisico, mentale e sociale diviene sempre più precario ed aumenta progressivamente il rischio che cedimenti nell'ambito dello stato psichico e/o delle risorse mentali e/o dello scambio con l'ambiente, per le ridotte riserve funzionali, ne compromettono **lo stato di salute**.

Pertanto, se sul piano dell'indagine clinica e/o della ricerca possiamo pensare di "**parcellizzare**" il soggetto anziano indagando separatamente queste tre aree funzionali, al momento **dell'intervento diagnostico, terapeutico, riabilitativo e socio-assistenziale** dobbiamo essere coscienti di questo artificio e utilizzare invece un approccio valutativo "**multidimensionale-interdisciplinare**" per analizzare il soggetto nella sua **unitarietà** e dare risposte adeguate e "**globali**" ai suoi disturbi.

CONCLUSIONI

Per la valutazione dei disturbi psicocomportamentali devono essere pertanto utilizzati RS che permettano di analizzare le dimensioni biopsicosociali per:

- individuare la nosogenesi di questi disturbi
- definire gli interventi assistenziali e misurare i risultati.

La valutazione multidimensionale deve quindi:

- **completare** l'approccio clinico tradizionale,
- essere **interprofessionale**,
- coinvolgere **il caregiver**,
- considerare **“l'ambiente”**.

CONCLUSIONI

Gli strumenti di valutazione oltre ad essere **standardizzati** dovranno essere scelti in relazione:

- alle **specifiche** situazioni cliniche (diretti, indiretti, osservazione)
- alla presenza delle **comorbidity**, di **deficit** cognitivi e funzionali
- ai **contesti ambientali** (setting ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, di ricovero, ecc.)
- agli **obiettivi assistenziali**:
 - valutazione di interventi terapeutici,
 - studi longitudinali,
 - ricerche epidemiologiche, ecc.

*Grazie
per
l'attenzione*