

La valutazione medico-legale dei disturbi cognitivi nel settore assistenziale

■ Fabio Cembrani ¹, Veronica Cembrani ²

¹ Direttore Unità Operativa di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

² Facoltà di Scienze Cognitive, Università degli Studi di Trento

ABSTRACT

The authors examine cognitive disorders (dementia in particular) and the Italian norms concern it. They discuss the interpretative problems regarding the definition of daily living activity and analyze different multidimensional evaluation scales internationally proposed. Finally, they purpose an interpretative framework of dementia multi-axis evaluation and individualize an operative proposal to evaluate the absence of self-sufficiency.

Keywords: dementia, cognitive disorders, multidimensional evaluation, Italian regulations

*Medical-legal evaluation of cognitive disorders.
Pratica Medica & Aspetti Legali 2007; 1(2): 77-92*

■ PREMESSA

La valutazione medico-legale dei disturbi cognitivi (e, più in particolare, della demenza) nel settore assistenziale è un tema complesso per una serie di fattori: in primo luogo per un impianto normativo che deve esser (ri)-formulato nei suoi paradigmi costitutivi con la definizione di criteri chiari e univoci, realmente modulati sull'istanza di integrazione e di rimozione delle difficoltà dei cittadini disabili [1-3]; in secondo luogo perché il tema risulta poco esplorato sul piano dell'elaborazione dottrinale e delle proposte operative che, necessariamente, devono tener conto dell'integrità (multi-dimensionalità) della persona [4-13].

Il presente lavoro si propone l'obiettivo di colmare tali lacune formulando una proposta chiara e, soprattutto, trasferibile, da subito, nella prassi operativa; preliminarmente ci si dovrà, tuttavia, confrontare con il lessico giuridico richiamando, in breve sintesi, le norme di settore che disciplinano l'istituto giuridico dell'**indennità di accompagnamento**.

■ GLI ASPETTI NORMATIVI

LE NORME CHE DISCIPLINANO L'ISTITUTO GIURIDICO DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

L'istituto giuridico dell'indennità di accompagnamento, introdotto nel nostro sistema di sicurezza sociale con la legge 11 febbraio 1980, n. 18, è stato parzialmente novellato con la Legge 21 novembre 1988, n. 508 e con il Decreto legislativo 23 novembre 1998, n. 509, di cui si riportano i relativi contenuti.

Legge 21 novembre 1988, n. 508

(Art. 1)

Aventi diritto alla indennità di accompagnamento

1. *La disciplina della indennità di accompagnamento istituita con leggi 28 marzo 1968, n. 406, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni e integrazioni, è modificata come segue.*

2. *L'indennità di accompagnamento è concessa:*
 - a. ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti;
 - b. ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua.
3. *Fermi restando i requisiti sanitari previsti dalla presente legge, l'indennità di accompagnamento non è incompatibile con lo svolgimento di una attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l'accertamento delle prescritte condizioni sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del 65° anno di età.*
4. *L'indennità di accompagnamento di cui alla presente legge non è compatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio.*
5. *Resta salva per l'interessato la facoltà di optare per il trattamento più favorevole.*
6. *L'indennità di accompagnamento è concessa ai cittadini residenti sul territorio nazionale.*

Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509

(Art. 6)

1. *All'articolo 2 della legge 30 marzo 1971, n. 118, dopo il secondo comma è aggiunto il seguente: «Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati e invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età».*

Nella Tabella I, in schematica sintesi, sono riportate le peculiarità salienti introdotte dalle due norme emanate nel novembre del 1988.

Tali norme, nel confermare in parte le previsioni della legge n. 18/1980, hanno introdotto importanti modifiche riguardo ai presupposti e alle condizioni che legittimano il diritto all'indennità di accompagnamento.

Le conferme riguardano le condizioni di pertinenza biologica all'origine del diritto (le «affezioni fisiche o psichiche») e le loro conseguenze individuate, alternativamente, nell'«impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore» e/o nella necessità di «un'assistenza continua [...] non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita». Le novità attengono, invece, le pregiudiziali amministrative che lo legittimano (mentre la legge 18/1980 escludeva «gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto», le due norme emanate nel 1988 circoscrivono il diritto ai soli cittadini residenti nel territorio nazionale purché gli stessi non siano titolari di «analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio» ferma restando la facoltà, per l'interessato, di «optare per il trattamento più favorevole») e, soprattutto, la qualificazione dell'*impairment*, considerato che:

- nella legge n. 508/1988, analogamente alla legge n. 18/1980, il riferimento è alle «affezioni fisiche e/o psichiche» causative di una «totale inabilità», senza alcuna distinzione in base all'età anagrafica della persona;
- nel Decreto legislativo n. 509/1988 il riferimento è, limitatamente ai soggetti infra-18enni e ultra-65enni, alle «difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età».

	Legge 21 novembre 1988, n. 508	Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509
Requisiti sanitari per la concessione dell'indennità di accompagnamento	Inabilità totale prodotta da affezioni fisiche e/o psichiche, causativa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ▪ di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita 	Difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età prodotta da affezioni fisiche e/o psichiche, causative: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ▪ di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita
Status lavorativo della persona	Non c'è incompatibilità con l'attività lavorativa	Nulla si dice a questo riguardo
Età anagrafica della persona	Non sono previsti limiti di età anagrafica per la concessione di questo diritto economico	Soggetti anziani ultra-65enni
Requisiti soggettivi per la concessione dell'indennità di accompagnamento	È concessa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ai soli cittadini residenti sul territorio nazionale ▪ è incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro e di servizio 	È concessa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ai soli cittadini residenti sul territorio nazionale ▪ è incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro e di servizio

Tabella I. L'indennità di accompagnamento e le peculiarità introdotte dalla Legge n. 508/1988 e dal Decreto legislativo n. 509/1988

La novità sostanziale è, dunque, l'individuazione di una distinta condizione necessaria ma non sufficiente (pre-requisito) posta alla base del diritto e identificata, rispettivamente, nella «inabilità totale» (Legge n. 508/1988) e, per i soggetti infra-18enni e ultra-65enni, nelle «difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della loro età» (Decreto legislativo n. 509/1988).

Sul punto sono necessarie alcune precisazioni per caratterizzare, connotandoli, i problemi che si incontrano nella prassi non tanto in riferimento all'*inabilità* (pleonasticamente aggettivata *totale*) quanto, invece, riguardo alle *difficoltà persistenti* che il Decreto legislativo n. 509/1988 correla non tanto alla capacità lavorativa quanto, invece, più appropriatamente, alle «funzioni proprie della loro età» anche se limitatamente ai soli soggetti considerati non già (e non più) in età di lavoro.

L'INABILITÀ E LE DIFFICOLTÀ PERSISTENTI A SVOLGERE I COMPITI E LE FUNZIONI PROPRIE DELL'ETÀ

Le due condizioni necessarie ma non sufficienti che sostengono, dunque, il diritto all'indennità di accompagnamento sono rappresentate dalla «inabilità totale» e, per i soggetti infra-18enni e ultra-65enni, dalle «difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età», come schematicamente evidenzia la Tabella II.

Questi due presupposti-requisiti (*l'inabilità totale* e le *difficoltà persistenti*) devono essere meglio esplorati non tanto sul piano tassonomico quanto invece rispetto al loro oggetto, in altre parole rispetto al «*che cosa*», prima di addentrarci nella ridda dei problemi che si incontrano nel definire le relative metodologie in ambito valutativo.

Rispetto alla *inabilità totale* la situazione risulta chiara.

L'inabilità totale, che si configura come un paradigma concettuale strettamente collegato all'*inabilità al lavoro* dell'invalidità pensionabile [5,9,11], deve essere, infatti, valutata in relazione al *danno funzionale permanente* di cui all'art. 1 del Decreto legislativo n. 509/1988, utilizzando la criteriologia medico-legale esplicitamente individuata dal Decre-

to legislativo n. 509/1988 e le indicazioni tabellari del Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992: con riferimento, dunque, all'*impairment* lavorativo prodotto da ciascuna minorazione e/o dal complesso delle minorazioni, concorrenti e/o coesistenti che esse siano, in riferimento alla capacità di *lavoro generico*.

Rispetto, invece, alle *difficoltà persistenti* i problemi interpretativi rimangono quanto mai aperti (e insoluti): le normative richiamate individuano le due condizioni necessarie ma non sufficienti (pre-requisiti) alla base del diritto all'indennità di accompagnamento, le identificano, distintamente, nella *inabilità totale* e nelle *difficoltà persistenti* e riconducono queste ultime, ancorché limitatamente ai soggetti infra-18enni e ultra-65enni, non già all'*impairment* lavorativo quanto, invece, alla capacità di «svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età». *Compiti e funzioni* che non sono stati, tuttavia, individuati dal Legislatore che sembra, dunque, intenderli in maniera del tutto indistinta (ancorché omogenea) nelle due classi di età, con un difetto di esplicitazione che è all'origine di quel corto-circuito interpretativo che, a ben vedere, finisce per sovrapporre (confonderle) con gli *atti quotidiani della vita* che rappresentano, insieme alla capacità di deambulare, una delle due condizioni che legittimano il diritto all'indennità di accompagnamento; con tutta una serie di incoerenze cui è il caso accennare.

Una prima incoerenza nasce dalla staticità dei *compiti* e delle *funzioni proprie della (loro) età* riferita a due grandi ed eterogenee categorie di popolazione, rappresentate dai soggetti infra-18enni e dai soggetti ultra-65enni, che non consente la loro modulazione in relazione all'effettiva situazione della persona; i *compiti* e le *funzioni proprie dell'età* di un neonato di pochi mesi non possono essere certamente confusi con quelli di un adolescente come, del resto, i *compiti* e le *funzioni proprie dell'età* di un soggetto ultra-65enne ancora in attività di lavoro non possono essere assimilati a quelli di una persona ultra-centenaria.

Una seconda incoerenza è prodotta dall'accennato difetto di esplicitazione che finisce con il confondere (sovrapporre) i *compiti* e le *funzioni proprie della (loro) età* con gli *atti quotidiani della vita* che

Persone infra-65enni	Persone infra-18enni e anziani ultra-65enni
<i>Impairment</i> valutato secondo la logica tabellare di cui al Decreto ministeriale 5 febbraio 1992	Difficoltà persistenti
Inabilità totale	Compiti e funzioni proprie della loro età
Impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o	Impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o
necessità di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita	necessità di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita

Tabella II. Il percorso valutativo dell'indennità di accompagnamento in relazione all'età della persona

riproducono, nella nostra lingua, una terminologia della medicina riabilitativa anglosassone (*Activity Daily Living*) e per la cui valutazione sono state proposte, nel tempo, moltissime **scale di valutazione multi-dimensionale**; queste ultime rappresentano, eventualmente, lo “zoccolo duro” (o la base) di un’ipotetica piramide che, più estensivamente, individua i *compiti* e le *funzioni proprie dell’età* ma non possono certamente (ri)-comprenderli esaustivamente o, addirittura, essere interpretate come un loro sinonimo.

Una terza incoerenza connota, infine, uno tra i più evidenti paradossi che caratterizzano, oggi, il sistema di valutazione dell’invalidità civile. Mentre l’*impairment* lavorativo si determina con la rigorosa applicazione delle regole stabilite dal Decreto legislativo n. 509/1988 che, nel gioco delle menomazioni concorrenti e coesistenti e delle franchigie previste, consente una discrezionalità, rispetto alle percentuali di invalidità ottenute con l’applicazione delle Tabelle approvate nel 1992, di 5 punti percentuali (in più o in meno) in relazione alle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto, alla eventuale specifica attività lavorativa svolta e alla formazione tecnico-professionale del medesimo, i *compiti* e le *funzioni proprie dell’età* e le relative *difficoltà persistenti* risentono di un’area di ampia incertezza definitoria sostenuta da un vuoto legislativo fuorviante che, prestandosi alla libera interpretazione, finisce con il creare, nel nostro Paese, fenomeni di ampia dis-equità sociale [12-14].

Questo vuoto è stato colmato, a più riprese, da alcuni tentativi di interpretazione/esplicitazione delle norme che hanno finito con il creare l’effetto opposto: quello, cioè, di produrre altre confusioni definitorie in un settore di tutela che necessita di un’ampia, e non più differibile, riforma strutturale.

Ci si riferisce, in particolare, a tre circolari del Ministero della Sanità emanate, rispettivamente, il 4 dicembre 1981, il 28 settembre 1992 e il 27 luglio 1998.

Con la prima circolare del 1981 (prot. n. 500.6/AG. 927-58-1449) il Ministero della Sanità ha cercato di chiarire, anche se in maniera del tutto succinta, le due condizioni alternativemente previste per il diritto all’indennità di accompagnamento pur senza affrontare, come nella circolare successiva, la questione, pregiudiziale, dei *compiti* e delle *funzioni proprie dell’età*. In questa circolare viene precisato che «si trovano nella impossibilità di deambulare gli invalidi che non deambulano neppure con l’aiuto di presidi ortopedici» e che «per atti quotidiani della vita si intendono quelle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorenne che non è in grado di compierle bisognevole di assistenza».

Con la successiva circolare del 1992, lo stesso Ministero ha identificato gli atti quotidiani della vita in «quelle azioni elementari e anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimento di quel minimo di esigen-

ze medie di vita rapportabili a un individuo normale di età corrispondente, così da consentire, ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana»; rispetto alla precedente, questa circolare estende il concetto di «atti quotidiani della vita» finendo con il (ri)-comprendervi anche quelle funzioni «relativamente più complesse» che, seppur disgiunte dall’*impairment* lavorativo, consentono alla persona un’esistenza comunque dignitosa.

Con la circolare del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità del 27 luglio 1998 (prot. n. DPV.4/H-F1/643) si affronta, invece, la questione delle *difficoltà persistenti* in una maniera del tutto incoerente rispetto all’ampia elaborazione dottrinale [3], anche se con l’obiettivo di dichiarato di «semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento» e di risolvere gli ampi problemi prodotti dal venir meno della percentualizzazione dell’*impairment* lavorativo nei soggetti anziani ultra-65enni e che, per la frammentarietà delle norme, erano all’origine di ampie difficoltà sia nel campo della fornitura di protesi e/o di ausili sia nel campo dell’esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa farmaceutica e a quella sanitaria. Questa circolare interpretativa, nel tentativo di porre rimedio ai problemi creati (o sfuggiti) dallo stesso Legislatore, ha, per così dire, graduato le *difficoltà persistenti* di cui all’art. 6 del Decreto legislativo n. 509/1988 su tre livelli (identificati con l’aggettivo di *lieve, medio-grave e grave*), dedotti, «o sulla base degli atti o procedendo a una nuova visita medica», in riferimento alla misura percentuale dell’*impairment* lavorativo: un’operazione, questa, del tutto fuorviante che, nella sua apparente semplicità, ha prodotto aspetti del tutto deteriori sul piano della corretta interpretazione delle norme che disciplinano l’istituto dell’invalidità civile e di altre norme di settore, l’handicap in particolare [15,16].

Le richiamate circolari ministeriali hanno, dunque, ingenerato un ulteriore caos interpretativo e hanno prodotto ampi problemi applicativi nonostante l’auspicata semplificazione, anche perché:

- non esplicitano quali sono gli *atti quotidiani della vita* in relazione ai quali devono essere valutate le difficoltà persistenti pur individuandoli, a più riprese, nelle «azioni elementari» e anche in quelle «relativamente più complesse [...] tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili a un individuo normale di età corrispondente»;
- non indicano quali sono gli strumenti (griglie) da utilizzare nella valutazione delle *difficoltà persistenti* e se, analogamente all’*impairment* lavorativo, esista o meno una soglia di franchigia il cui superamento legittima il diritto all’indennità di accompagnamento;
- cortocircuitano i problemi creati dal Legislatore graduando le *difficoltà persistenti* in relazione alla misura percentuale dell’*impairment* lavorativo.

■ GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLE DIFFICOLTÀ PERSISTENTI A SVOLGERE I COMPITI E LE FUNZIONI PROPRIE DELL'ETÀ

È, questo, un tema di straordinario interesse pratico-applicativo per la medicina legale pubblica che sempre più si cimenta, oggi, con alcuni paradigmi valutativi di recente comparsa nel panorama internazionale che trascendono il tradizionale *impairment* lavorativo medico-legalmente valutato, a seconda dei diversi ambiti, sulla scorta di precise indicazioni tabellari: ci riferiamo al tema della *valutazione multi-dimensionale* anticipato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1980 [2,17], del *danno funzionale permanente* introdotto con il Decreto legislativo n. 509/1988 e della *diagnosi funzionale* di cui alla norma-quadro in materia di handicap (la Legge n. 104/1992) e alla norma che disciplina il collocamento mirato al lavoro delle persone disabili (la Legge n. 68/1999) che, trascendendo l'abituale riferirsi a una forma di danno circoscritto alla capacità lavorativa (generica, specifica e/o semi-specifica), si cimenta, sempre più, anche se con alterne fortune, con l'idea di un'indissolubile integrità (e unicità) bio-psico-sociale della persona disabile, anticipata, oltre mezzo secolo fa, dal paradigma della *validità* magistralmente proposto da Cesare Gerin [18].

Iniziamo con l'osservare che gli strumenti che, senza inventare nulla, ci consentono di approcciare, in modo corretto, la valutazione delle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età* (individuati, d'ora in avanti, con il termine di *scale di valutazione multi-dimensionali*), sono numerosissimi [19]; la ricerca medica, specie nel campo riabilitativo, ha, infatti, prodotto una serie impressionante di scale di valutazione e di quantificazione sia dei sintomi (ad es. il dolore, i disturbi emotivi, i disturbi della memoria, i disturbi del

sonno, ecc.), sia delle diverse malattie (esistono, ad es., specifiche scale di valutazione per la sclerosi multipla, per la sclerosi laterale amiotrofica, per la malattia di Parkinson, per le malattie midollari, per l'epilessia, ecc.), sia, infine, delle disabilità da queste prodotte in riferimento alle funzioni della vita quotidiana e alla qualità (percepita) della vita stessa.

Queste *scale di valutazione multi-dimensionale* sono, peraltro, riconducibili a due tipologie fondamentali:

- le scale di valutazione multi-dimensionale cosiddette qualitative (o descrittive), come ad esempio la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) approvata, il 22 maggio 2001, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [20];
- le scale di valutazione multi-dimensionale cosiddette quantitative (in grado, cioè, di misurare quanto osservato o, almeno, di inserire le osservazioni in una griglia di analisi quantitativa), come ad esempio l'*indice di Barthel*, l'*indice di Katz*, il *Mini Mental State*, ecc. [21].

E ancora: la stragrande maggioranza di queste *scale di valutazione* è formata da *items* che si deducono attraverso il resoconto di quanto direttamente dichiarato, in sede di intervista, dalla persona e/o dai familiari della stessa (ad es. l'*indice di Barthel* e l'*indice di Katz*); altre, invero in minoranza, definiscono *items* che richiedono l'effettuazione di vere e proprie prove di performance (ad es. il *Physical performance test* di Reuben e Sui).

Una carrellata di alcune *scale di valutazione multi-dimensionale*, tralasciando quelle a contenuto descrittivo che sembrano poco soddisfacenti per i nostri scopi, servirà a chiarire meglio il nostro pensiero.

Iniziamo con il riportare la *scala di valutazione multi-dimensionale* proposta da Katz nel 1963 denominata *Katz Index of Daily Living* per la riabilitazione di pazienti con esiti di fratture del collo del femore (Tabella III): una scala di facile somministrazione, con tempi medi di lavoro del tutto contenuti (circa 5 minuti), utilizzabile nella riabilitazione e nella

Funzione	Indipendente	Dipendente
Fare il bagno	Assistenza solo per lavare una singola parte	Assistenza per lavare più di una parte del corpo, per entrare o uscire dalla vasca
Andare al WC	Si reca al WC, si sposta sul/dal water, aggiusta i vestiti, provvede all'igiene intima	Usa padella o comoda o riceve assistenza
Capace di spostarsi	Mettersi a letto e scendere dal letto da solo e spostarsi sulla e dalla sedia	Assistenza per mettersi e scendere dal letto e dalla sedia; non riesce a fare uno o più trasferimenti
Vestirsi	Prendere vestiti da armadi e cassetti, indossarli (escluso l'atto di allacciare le scarpe)	Non si veste da solo o rimane parzialmente svestito
Continenza	Minzione e defecazione auto-controllate	Parziale o completa incontinenza
Nutrirsi	Portare il cibo dal piatto alla bocca	Assistenza per nutrirsi

Tabella III. La scala di valutazione multi-dimensionale di Katz

Funzione	Con aiuto	Indipendente
Alimentazione	5	10
Muoversi dalla sedia a rotelle al letto e ritorno	5-10	15
Igiene personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, radersi, lavarsi i denti)	0	5
Spostarsi sul/dal water	5	10
Fare il bagno	0	5
Camminare su una superficie piana	10	15
Salire e scendere le scale	5	10
Vestirsi	5	10
Controllo sfinterico (intestino)	5	10
Controllo sfinterico (vescica)	5	10

Tabella IV. La scala di valutazione multi-dimensionale di Barthel

routine clinica, che consente di graduare la dipendenza (le *difficoltà persistenti*) della persona su 6 livelli progressivi di gravità [22].

Nella scala sono considerati 6 *items* (igiene personale, vestirsi, uso del gabinetto, continenza, alimentazione e capacità di spostamento) con una scala progressiva del grado di dipendenza (da A a G) dove:

- qualifica l'indipendenza della persona riguardo a nutrirsi, continenza, capacità di spostarsi, usare il WC, vestirsi e fare il bagno;
- qualifica l'indipendenza riguardo a tutte queste funzioni meno una;
- l'indipendenza riguardo a tutto eccetto fare il bagno e un'altra funzione;

- l'indipendenza riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi e un'altra funzione;
- l'indipendenza riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi, andare al WC e un'altra funzione;
- l'indipendenza riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi, andare al WC, capacità di spostarsi e un'altra funzione;
- la completa dipendenza in tutte e 6 le funzioni.

Una seconda scala di valutazione quantitativa è quella proposta da Barthel nel 1965 per la valutazione delle attività quotidiane della vita in pazienti con esiti di ictus cerebrale e della quale esistono alcune differenti versioni, più o meno semplificate (Tabella IV); una scala, anche questa, di facile somministrazione, con tempi medi di lavoro del tutto contenuti (da 5 a 10 minuti), utilizzata nella routine clinica, che consente di graduare la dipendenza (le *difficoltà persistenti*) all'interno di uno *score* da 0 a 100 (100 punti significano la buona indipendenza della persona).

In questa scala, diversamente dalla precedente, sono considerate 10 attività della vita quotidiana e all'esaminatore non sono chieste particolari conoscenze; l'attendibilità intra e inter-osservatori è buona e il solo difetto di questa scala di valutazione multi-dimensionale è che la sensibilità del test non è molto alta.

Una terza scala di valutazione multi-dimensionale è quella proposta, nel 1990, da Reuben e Sui [23] per misurare le funzioni motorie globali, utilizzata, prevalentemente, nel campo riabilitativo (Tabella V).

Questa scala ha, rispetto alle precedenti, alcuni svantaggi e alcuni vantaggi.

Gli svantaggi consistono nel lungo arco di tempo necessario per la sua somministrazione (tra i 15 e i 20 minuti) e nella circostanza che questa scala,

Funzione	4 punti	3 punti	2 punti	1 punto	0 punti
Scrivere una frase	Meno di 10 sec	10-15 sec	15,5-20 sec	Più di 20 sec	Incapace
Simulare il mangiare	Meno di 10 sec	10-15 sec	15,5-20 sec	Più di 20 sec	Incapace
Sollevarne un libro	Meno di 2 sec	2,5-4 sec	4,5-6 sec	Più di 6 sec	Incapace
Metttersi e togliersi una giacca	Meno di 10 sec	10-15 sec	15,5-20 sec	Più di 20 sec	Incapace
Raccogliere una moneta dal pavimento	Meno di 2 sec	2,5-4 sec	4,5-6 sec	Più di 6 sec	Incapace
Girare di 360°	Salta	Salta	Salta	Passi continui	Passi discontinui
Camminare per 50 passi	Meno di 15 sec	15,5-20 sec	20,5-25 sec	Più di 25 sec	Incapace
Salire rampa di scale	Meno di 5 sec	5,5-10 sec	10,5-15 sec	Più di 15 sec	Incapace
Salire le scale	Numero di rampe di scale in salita e discesa (massimo 4)				Incapace

Tabella V. La scala di valutazione multi-dimensionale di Reuben e Sui

Equilibrio		
Equilibrio da seduto	Si inclina, scivola dalla sedia	0
	È stabile, sicuro	1
Alzarsi dalla sedia	È incapace senza aiuto	0
	Deve aiutarsi con le braccia	1
	Si alza senza aiutarsi con le braccia	2
Tentativo di alzarsi	È incapace senza aiuto	0
	Capace, ma richiede più di un tentativo	1
	Capace al primo tentativo	2
Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec)	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
	Stabile grazie all'uso di un ausilio	1
	Stabile senza ausili	2
Equilibrio nella stazione eretta prolungata	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
	Stabile ma a base allargata (i malleoli mediali distano più di 10 cm)	1
	Stabile, a base stretta, senza supporti	2
Romberg	Instabile	0
	Stabile	1
Romberg sensibilizzato	Comincia a cadere	0
	Oscilla ma si riprende da solo	1
	Stabile	2
Girarsi di 360°	A passi discontinui	0
	A passi continui	1
	Instabile	0
	Stabile	1
Sedersi	Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)	0
	Usa le braccia o ha un movimento	1
	Sicuro	2
		Totale: _____
Andatura		
Inizio della deambulazione	Una certa esitazione	0
	Nessuna esitazione	1
Lunghezza e altezza del passo	Piede destro:	
	il piede non supera il sinistro	0
	il piede supera il sinistro	1
	il piede non si alza completamente dal pavimento	0
	il piede si alza completamente dal pavimento	1
	Piede sinistro:	
	il piede non supera il destro	0
	il piede supera il destro	1
il piede non si alza completamente dal pavimento	0	
il piede si alza completamente dal pavimento	1	
Simmetria del passo	Il passo destro e il sinistro non sono uguali	0
	Il passo destro e sinistro sono uguali	1
Continuità del passo	Interrotto o discontinuo	0
	Continuo	1
Traiettorie	Deviazione marcata	0
	Deviazione lieve o uso di ausili	1
	Assenza di deviazione e di uso di ausili	2
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
Cammino	I talloni sono separati	0
	I talloni quasi si toccano durante il cammino	1
		Totale: _____
TOTALE ANDATURA + EQUILIBRIO: _____ /28		

Tabella VI. La scala di Tinetti per il rischio di caduta

per i nostri scopi, è in grado di misurare solo alcuni indici motori; i vantaggi, particolarmente importanti in ambito valutativo, consistono, invece, nella possibilità di desumere obiettivamente (non su base anamnestica) le difficoltà, di cronometrare i tempi di esecuzione delle diverse prove di performance e di graduare le difficoltà rilevate all'interno di uno score compreso tra 0 (incapacità) e 36 punti (28 punti nella variante semplificata).

Una quarta scala di valutazione multi-dimensionale di tutto interesse è quella proposta da Tinetti (*Tinetti Balance and Gait Scale*) per la valutazione predittiva del rischio di caduta (Tabella VI): uno strumento di semplice utilizzo che esamina la fun-

zione dell'equilibrio e la deambulazione che si è dimostrato essere un buon indice predittivo di caduta [24].

Punteggi uguali o inferiori a 1 ottenuti con questa scala di valutazione multi-dimensionale indicano che la persona non è deambulante; punteggi tra 2 e 19 indicano che la persona deambula con rischio di caduta mentre punteggi uguali o superiori a 20 indicano che la deambulazione è a basso rischio di caduta [25].

Per la valutazione delle funzioni cognitive molte sono le batterie neuro-psicologiche proposte a livello internazionale [26,27] anche se la più conosciuta è il MMSE (*Mini Mental State Examination*)

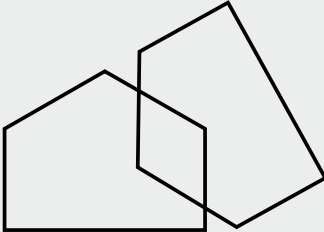
Orientamento temporo-spaziale	
▪ Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
▪ Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, Stato	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Memoria	
▪ L'esaminatore 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° ____
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]
Richiamo delle tre parole	
▪ Richiamare i tre termini precedentemente imparati	[0] [1] [2] [3]
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" Esecuzione di un compito su comando	[0] [1]
▪ 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 sul tavolo	[0] [1] [2] [3]
▪ Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi" e 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 (Il materiale delle ultime due prove va conservato)	[0] [1] [2] [3]
Punteggio complessivo: _____ /30	
PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO: _____ /30	
Livello di coscienza del paziente	[1] Allerta [2] Assopito [3] Stupor [4] Coma
Disegno	
	

Tabella VII. Il Mini Mental State Examination (MMSE)

proposto da Folstein e collaboratori nel 1975 (Tabella VII); un test di rapida esplorazione delle funzioni cognitive, di veloce somministrazione (da 10 a 15 min), costituito da undici *items* la cui somma dà un punteggio totale compreso entro un *range* da 0 a 30 [28].

Il MMSE risulta, dunque, costituito da undici *items* tramite i quali vengono valutate le seguenti funzioni cognitive:

- **Items 1 e 2: orientamento temporale e orientamento spaziale.** Le informazioni possono essere raccolte sotto forma di colloquio e si assegna un punto per ogni localizzazione temporale esatta e un punto per ogni localizzazione spaziale esatta;
- **Item 3: memoria immediata (memoria di fissazione o registrazione).** Dopo aver nominato tre parole (casa, pane, gatto), chiaramente e lentamente (una al secondo) si invita il paziente a ripeterle. Qualora non riesca al primo tentativo è possibile ripeterle fino a 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: attenzione e calcolo.** Si chiede 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: memoria di richiamo.** Si invita il paziente a ricordare le tre parole precedentemente somministrate e si assegna un punto per ogni termine correttamente ricordato;
- **Item 6: linguaggio/denominazione.** Vengono mostrati due oggetti (penna e orologio) chiedendo di denominarli e si assegna un punto per ogni oggetto correttamente identificato;
- **Item 7: linguaggio/ripetizione.** Si valuta l'abilità a ripetere lo sciogli-lingua "Tigre contro tigre" e si assegna un punto se la prova è eseguita correttamente;
- **Item 8: linguaggio/comprendimento orale.** 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: linguaggio/lettura/comprendimento scritto.** 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: linguaggio/generazione di frase scritta.** Viene fornito un foglio bianco al paziente chiedendo di scrivere una frase. La frase deve

Livello di scolarità	Intervallo di età				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
0-4 anni	+ 0,4	+ 0,7	+ 1,0	+ 1,5	+ 2,2
5-7 anni	- 1,1	- 0,7	- 0,3	+ 0,4	+ 1,4
8-12 anni	- 2,0	- 1,6	- 1,0	- 0,3	+ 0,8
13-17 anni	- 2,8	- 2,3	- 1,7	- 0,9	+ 0,3

Tabella VIII. I fattori di correzione del Mini Mental State Examination

contenere soggetto e verbo e deve avere un senso compiuto; in questo caso si assegna un punto;

- **Item 11: copia di disegno (prassia costruttiva).** 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 ottenuto sommando tutti gli *items* deve essere, peraltro, sottoposto a un fattore di correzione tenuto conto dell'età della persona e del relativo grado di scolarizzazione, come evidenzia la Tabella VIII.

Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato. Il punteggio complessivo è direttamente proporzionale all'efficienza delle funzioni cognitive: il valore massimo è 30 ed è considerato normale un punteggio corretto superiore a 24.

Altre scale di valutazione multi-dimensionale sono orientate a valutare le attività domestiche della vita quotidiana (*Instrumental Activities of Daily Living* ampiamente note con l'acronimo IADL) e, ancora, le attività avanzate ancorché non essenziali della vita quotidiana ivi compresa la qualità percepita del benessere (come ad es. la *Quality of Well-being Scale* proposta da Kaplan e coll. nel 1978) [29] e/o l'indice di soddisfazione della propria vita (come ad es. il *Life Satisfaction Index* proposto da Neugarten e coll. nel 1989); queste scale di valutazione hanno, evidentemente, un interesse pratico del tutto scarso per la valutazione di quello che abbiamo definito essere, con riguardo agli anziani ultra-65enni, il pre-requisito (le *difficoltà persistenti*) alla base dell'indennità di accompagnamento, pur potendo rappresentare un valido ausilio per determinare il funzionamento complessivo della persona in altri contesti assistenziali e nell'handicap in particolare.

LA VALUTAZIONE MULTI-ASSIALE DELLA DEMENZA

Indipendentemente dal *setting* clinico in cui avviene e dalle finalità che si propone, la valutazione

	SI	NO
1	È 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	È tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa?	1 0
7	È 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 vita sia molto eccitante?	0 1
20	Le risulta difficile iniziare a 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
Totale:		_____ /30

Tabella IX. La Geriatric Depression Scale (GDS)

ne della demenza deve rispecchiare il principio dell'integrità (multi-dimensionalità) della persona [25] e deve avvenire, nel campo assistenziale, come previsto dalla Legge finanziaria del 2003, nel rispetto dei criteri diagnostico-clinici previsti dal DSM-IV¹, attraverso la valutazione strutturata dei seguenti domini:

- le funzioni cognitive;
- i sintomi non cognitivi e la depressione;
- la co-morbilità somatica;
- lo stato funzionale.

¹ A tali criteri si riferisce, esplicitamente, la legge finanziaria del 2003: «Le regioni sono altresì chiamate a vigilare sull'applicazione della legge in vigore, in merito all'accertamento delle condizioni di invalidità e alla conseguente erogazione di indennità prevedendo, senza maggiori oneri per lo Stato, che le Commissioni deputate accolgano la diagnosi dei medici specialisti del Servizio sanitario nazionale o delle Unità di Valutazione Alzheimer secondo i criteri del DSM IV riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità»

La valutazione delle funzioni cognitive

Questa valutazione deve essere supportata dall'esame clinico della persona orientato a ricercare la presenza di segni neurologici suggestivi di una malattia focale del sistema nervoso centrale, le eventuali incoordinazioni nei movimenti combinati, i segni di un eventuale interessamento extrapiramidale e l'atassia nella marcia: l'esame clinico deve essere completato con la somministrazione del MMSE nel caso in cui esso orienti per una compromissione della memoria e/o quando la persona si presenta a visita esibendo documentazione clinica nella quale si attesti l'esistenza di una demenza e/o di un deterioramento cognitivo.

Il colloquio clinico e il MMSE consentono una valutazione sufficientemente completa delle funzioni cognitive qualificandone l'eventuale compromissione e, soprattutto, quantificandone la perdita attraverso un valore numerico cui non si deve, tuttavia, assegnare un valore taumaturgico per negare o riconoscere, sempre e comunque, il diritto all'indennità di accompagnamento.

La valutazione dei sintomi non cognitivi e della depressione

Rappresenta, questo, un momento del tutto fondamentale nella fase diagnostica della malattia per valutare, in particolare, i sintomi del registro depressivo, i disturbi comportamentali e i disturbi ideativi.

Tra le molte scale proposte, per i nostri scopi rivestono particolare interesse la *Geriatric Depression Scale (GDS)* proposta da Yesavage e coll. nel 1983 [30], la *Cornell Scale for Depression in Dementia* [31] e la *Clinical Insight Rating Scale (CIRS)*.

La *Geriatric Depression Scale* (Tabella IX) è una tra le più diffuse scale per la valutazione di sintomi depressivi nell'anziano e può essere utilizzata anche nel paziente demente di grado lieve-moderato; se ne consiglia, invece, l'utilizzo nei pazienti con un MMSE inferiore a 15.

Questa scala risulta composta da 30 *items*: le risposte sono di tipo binario (sì/no) e questo rende

lo strumento di 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.

La *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CDS, Tabella X) è una scala disegnata per la valutazione dei sintomi depressivi nei pazienti dementi; essa utilizza una serie standardizzata di *items* che sono rilevati attraverso un'intervista a una persona che conosce il paziente (familiare o operatore) e il colloquio semi-strutturato con il paziente. Si tratta quindi di uno strumento osservazionale, che non richiede la risposta diretta del paziente a domande formulate in modo standardizzato. La scala si compone di 19 *items*, con risposte che hanno un punteggio graduato da 0 (sintomo assente) a 2 (sintomo severo); in popolazioni di dementi uno

	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

Tabella X. La *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CDS)

score superiore a 9 alla CDS identifica i soggetti affetti da sindrome depressiva.

La *Clinical Insight Rating Scale* (CIRS) 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, la durata di malattia, le modalità di insorgenza e di progressione dei deficit cognitivi, l'impatto di questi sullo stato funzionale e la condizione clinica attuale [32]. La CIRS (Tabella XI), che valuta un ampio spettro dell'*insight*, si sviluppa in quattro direzioni:

- la ragione della visita medica;
- i deficit cognitivi;
- i deficit funzionali;
- la percezione della progressione della malattia.

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

Gli *items* sono:

- **Consapevolezza della ragione della visita.** Questo *item* indaga la consapevolezza della situazione. Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza del fatto che egli sta vedendo il medico per richiesta di qualcuno, per una specifica ragione. Il punteggio è misurato basandosi sulle domande del colloquio preliminare con il *caregiver* del paziente;
- **Consapevolezza del deficit cognitivo.** Questo *item* 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;
- **Consapevolezza dei deficit funzionali.** Anche questo *item* è valutato basandosi su domande specifiche durante l'intervista, inerenti allo stile di vita del paziente;

	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

Tabella XI. La *Clinical Insight Rating Scale* (CIRS)

- **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.

La valutazione degli eventuali indici di co-morbilità somatica

Trattandosi di persone anziane, l'esame clinico dovrà essere completo e indagare i diversi organi e apparati organo-funzionali; la determinazione del *danno funzionale permanente* dovrà, quindi, essere effettuata tenuto conto delle diverse menomazioni concorrenti e/o coesistenti e nel rispetto della metodologia valutativa fissata dalle norme di settore.

La valutazione dello stato funzionale o, più appropriatamente, la valutazione multi-dimensionale della persona, si avvale degli strumenti di lavoro specificatamente analizzati nei paragrafi precedenti: della scala di valutazione multi-dimensionale di Barthel per la valutazione della autonomia deambulatoria e del grado di autonomia nelle funzioni elementari della vita e della scala di Tinetti per la funzione dell'equilibrio e la deambulazione.

La valutazione della gravità della demenza

Per i nostri scopi, una *scala di valutazione multi-asiale* della demenza dovrebbe rispondere a una serie di presupposti ben definiti e dovrebbe essere in grado di coniugare, su un unico diagramma rappresentativo, i sintomi cognitivi, quelli non cognitivi e le eventuali co-morbilità somatiche che, invece, devono essere separatamente indagate anche utilizzando le *scale di valutazione multi-dimensionali* in precedenza riportate: essa dovrebbe, in particolare, essere in grado di analizzare qualitativamente ciò che estensivamente (e genericamente) il Legislatore ha definito come *compiti e funzioni proprie dell'età* procedendo, nel contempo, a una quantificazione rigorosa delle *difficoltà persistenti* avvalendosi sì del resoconto anamnestico fornito dalla persona (e/o dai familiari della stessa), ma comprovandolo sul piano dimostrativo, coerentemente con la nostra tradizionale metodologia.

Purtroppo una scala di valutazione unica che soddisfa, contestualmente, questi criteri quali-quantitativi non è stata ancora validata sul piano internazionale e, parimenti, proposte operative che incrociano i risultati dei test che indagano i sintomi cognitivi (ad esempio il MMSE) con le attività della vita quotidiana (le ADL), pur essendo state formulate, hanno ancora un'area di sovrapposizione così ampia che non sono purtroppo utilizzabili per le nostre finalità.

Queste criticità possono essere superate, almeno in parte, ricorrendo a due scale di valutazione che,

uniformandosi ai criteri diagnostici della demenza proposti dal DSM IV, forniscono una valutazione complessiva della demenza e del relativo indice di gravità; il riferimento è alla *Global Deterioration Scale* e, soprattutto, alla *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) che, proposta negli anni '80 da Hughes e coll., ha subito alcune revisioni fino all'ultima proposta da Morris nel 1993 (Tabella XII).

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:

- memoria;
- orientamento temporale e spaziale;

- giudizio e astrazione;
- attività sociali e lavorative;
- vita domestica, interessi e hobby;
- cura della propria persona.

In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 e 3, dove:

- 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 categorie (orientamento,

	Normale	Demenza dubbia	Demenza lieve	Demenza moderata	Demenza grave
	CDR 0	CDR 0,5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria (M)	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata 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 e 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 in 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 e 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					

Tabella XII. La *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR)

giudizio e *problem solving*, attività sociali, familiari, hobbies e cura personale) sono, invece, secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria.

Il punteggio globale viene ricavato dai punteggi ottenuti in ognuna delle sei funzioni indagate nel modo seguente:

- il punteggio globale della CDR equivale a quello della categoria della memoria (CDR=M) quando in almeno tre categorie secondarie si ottiene un punteggio uguale a quello della memoria in modo che quattro valutazioni si trovano sulla stessa colonna verticale delle cinque in cui si compone la scala;
- nel caso in cui in tre o più categorie secondarie si ottenga un punteggio differente (superiore o inferiore) rispetto a quello della memoria, il punteggio CDR è uguale a quello con il maggior numero di categorie secondarie qualunque sia il risultato di M;
- nel caso in cui il punteggio di tre categorie secondarie identifica una colonna posta da un lato di M e quello delle altre due colonne si trovi sul lato opposto, il punteggio CDR sarà quello di M;
- nel caso in cui M sia uguale a 0,5, il CDR sarà di 1 se almeno tre categorie secondarie hanno un punteggio uguale o superiore a 1;
- nel caso in cui M sia uguale a 0, il CDR sarà 0 a meno che non vi sia compromissione uguale o superiore a 0,5 in due o più categorie secondarie.

Con la scala CDR i pazienti affetti da demenza possono essere perciò classificati in 5 livelli progressivi di gravità: stadio 1 (compromissione lieve); stadio 2 (compromissione moderata); stadio 3 (compromissione grave); 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); stadio 5 (demenza terminale quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti).

■ CONCLUSIONI

La valutazione medico-legale della demenza nel settore assistenziale risente di un'ampia area di incertezza determinata dalla frammentarietà delle norme in punto di indennità di accompagnamento e alla mancata individuazione di precisi criteri diagnostici che devono orientare la prassi valutativa. Si è visto che il livello di gravità della demenza non può essere circoscritto alla valutazione delle

sole funzioni cognitive indagate sul piano testistico con il MMSE ma, invero, allo stato funzionale della persona (il *danno funzionale permanente*) che è il risultato dei disturbi cognitivi, dei disturbi non cognitivi e degli altri indici di co-morbilità che, complessivamente e sinergicamente, influenzano la *performance* (o la *partecipazione* secondo l'ICF) della persona nel contesto familiare, sociale, lavorativo e relazionale.

In altri termini, la valutazione della demenza e della sua ripercussione sulla vita sociale della persona deve essere strutturata all'interno di un rigoroso percorso diagnostico i cui *step* fondamentali sono rappresentati:

- dalla rigorosa raccolta anamnestica (fornita anche ai *caregivers*);
- dall'accurato esame obiettivo finalizzato all'esame della compromissione cognitiva, dei sintomi non cognitivi (della depressione e dei disturbi comportamentali eventualmente associati) e degli altri indici di disabilità prodotti dalle co-morbilità somatiche, in riferimento agli atti quotidiani della vita (Barthel-ADL) e alla deambulazione (Barthel-mobilità);
- dal completamento dell'esame obiettivo con l'effettuazione del MMSE e degli altri eventuali test integrativi per la valutazione dei sintomi non cognitivi;
- dall'inquadramento della gravità della demenza utilizzando i 5 livelli progressivi di gravità della CDR;
- dalla formulazione di una epicrisi medico-legale che deve tener comunque conto di tutti gli elementi raccolti in sede anamnestica e clinica e che deve saper coerentemente coniugare tutti i dati semeiologici.

Il che significa abbandonare quella prassi valutativa che porta a riconoscere (o negare) il diritto all'indennità di accompagnamento sulla base della sola applicazione di una testistica (il MMSE) che esplora le funzioni cognitive riconoscendo ad essa quel valore taumaturgico del "sì" o "no" sempre e comunque che non le è intrinseco né in ambito clinico né, tanto meno, in ambito valutativo. La testistica neuro-psicologica completa ma non surroga il procedimento clinico; procedimento che deve essere in grado di identificare la diagnosi e la gravità della compromissione funzionale e di tradurla, successivamente, nell'*impairment* (nel *danno funzionale permanente*) che nella persona in età lavorativa dovrà essere medico-legalmente quantificato in relazione alle indicazioni tabellari di cui al Decreto ministeriale 5 febbraio 1992 e nella persona anziana ultra-65enne in riferimento alle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età*, prima di procedere all'individuazione dei presupposti che legittimano il diritto all'indennità di accompagnamento.

Indennità di accompagnamento che, nel caso delle persone dementi, potrà essere riconosciuta – ed è questa la nostra proposta operativa – nei casi

in cui si documenti almeno una tra le seguenti situazioni:

- la compromissione di tutte le funzioni cerebrali superiori comprovata dal *Mini Mental State Examination* (MMSE) quando il risultato testistico sia pari o inferiore a 17/30, considerato che, in queste situazioni, gli indici di Barthel-ADL risultano gravemente compromessi non solo in relazione ai problemi cognitivi ma anche per la riduzione/perdita della capacità di organizzazione e di pianificazione dei compiti e delle azioni;
- la ripercussione dei disturbi cognitivi e non cognitivi sulla vita sociale qualificata, secondo i criteri diagnostici della *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR), nelle ultime 4 classi (*moderata, severa, molto grave e terminale*), indipendentemente dai test psicometrici e anche quando i risultati del MMSE siano superiori a 17/30;
- la ripercussione dei disturbi cognitivi e non cognitivi sulla vita sociale qualificata, secondo i criteri diagnostici della *Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia*, nelle ultime 3 classi (*deficit cognitivo moderatamente grave, deficit cognitivo grave e deficit cognitivo molto grave*, indipendentemente dai test psicometrici e anche quando i risultati del MMSE siano superiori a 17/30;
- l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (Barthel-mobilità tra 0 e 10);
- l'impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita (Barthel-ADL tra 0 e 10).

■ BIBLIOGRAFIA

1. Cembrani F. Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili. Trento: Temi Editore, 1991
2. Cembrani F. Prospettive attuali e future nella valutazione dello stato di bisogno: esperienze a confronto. In: Atti del Convegno Nazionale "La società di tutti. Nuove politiche per la famiglia, disabili e non autosufficienti", Trento 30 settembre-1 ottobre 2004. Trento: Edizioni Provincia autonoma di Trento, 2004
3. Cembrani F, Rodriguez D, Aprile A, Arseni A. La libertà dallo stato di bisogno: l'evoluzione normativa e la situazione attuale. In: Cembrani F. (a cura di) *Disabilità e libertà dal bisogno. L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento*. Trento: Erickson Editore, 2005
4. Cembrani F. La valutazione della demenza nell'ambito medico-legale per la concessione dei benefici di invalidità civile. *Giornale di Gerontologia* 2006; 5: 289
5. Cembrani F, Cembrani V. La valutazione medico-legale della demenza. *Ragiusan* (in corso di stampa)
6. Cembrani F. Handicap in situazione di gravità. Quale definizione. In: Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto 9-10 febbraio 2001, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche, Assessorato ai Servizi Sociali, 2002
7. Cembrani F. Eseguesi e limiti del concetto di handicap in situazione di gravità. In: Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Ferrara 18-20 marzo 2004. Noceto (Parma): Edizioni Essebieemme, 2005
8. Cembrani F. La Medicina Legale nella Provincia autonoma di Trento alla luce della deliberazione n. 386 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 21 febbraio 2003: bilancio "fallimentare", politica "di saldo" o "scelta innovatrice" per la Disciplina?, in Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Ferrara 18-20 marzo 2004. Noceto (Parma): Edizioni Essebieemme, 2005
9. Cembrani F. Invalidità e voce Handicap in situazione (con connotazione) di gravità. In: *Lavorare con la cronicità*. Roma: Carocci Faber Edizioni, 2004
10. Martelloni M. Relazione introduttiva. In: Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Ferrara 18-20 marzo 2004. Noceto (Parma): Edizioni Essebieemme, 2005
11. Martini M, Scorretti C. L'invalidità civile. Noceto (Parma): Edizioni Essebieemme, 1999
12. Cembrani F. Evoluzione concettuale dell'handicap: la legge n. 104/1992 verso una futura applicazione. In: Atti del Convegno nazionale "Dalla valutazione dell'invalidità civile a quella bio-psicosociale: il percorso della diagnosi funzionale dalla legge 104/92 all'ICF, L'Aquila 11-13 maggio 2006, in corso di stampa
13. Cembrani F, Del Vecchio S, Bavaresco S, Baldantoni E. Le "difficoltà persistenti" a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età e l'"indennità di accompagnamento": vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell'invalidità civile. *Rivista Italiana di Medicina legale*, in corso di stampa
14. Cembrani F. Proposta di (ri)-vitalizzazione in invalidità civile. In: Atti del 5° Congresso Nazionale del Coordinamento dei medici legali delle Aziende Sanitarie, Genova 8-11 novembre 2006, in corso di stampa
15. Cembrani F, Larentis C, Merz F, Gottardi S. L'anagrafe dell'handicap nella provincia autonoma di trento: il bilancio dell'attività della commissione sanitaria prevista dall'art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 a dieci anni dalla approvazione della legge quadro sull'handicap, *Difesa Sociale* 2003; 3: 113-38

16. Cembrani F. L'handicap in situazione (con connotazione) di gravità: quale chiave di lettura per la definizione. *Iura Medica* 2003; 3: 519-33
17. Cembrani F, Noro G. Valutazione multi-dimensionale. In: *Lavorare con la cronicità*. Roma: Carocci Faber Edizioni, 2004
18. Gerin C. La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile. Milano: Giuffrè Editore, 1987
19. Masur H. Scale e punteggi. Quantificazione dei deficit neurologici. Milano: Edi-Ermes Editore, 1999
20. Cingolani M. La Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF). In: Cembrani F. (a cura di) *Disabilità e libertà dal bisogno. L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento*. Trento: Erickson Editore, 2005
21. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation. The Barthel index. *Md State Med J* 1965; 14: 56-61
22. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-9
23. Reuben DB, Sui AL. An objective measure of physical function of elderly outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 1105-12
24. Tinetti ME. Performance-oriented assesement of mobility problems in elderly patients. *JAGS* 1986; 34: 119-26
25. Regione Emilia Romagna. Linee-guida per la diagnosi e la valutazione del paziente affetto da demenza. 2000
26. Peccarisi C, Caltagirone C, Bugiani O (a cura di). *Rating scales delle demenze*. Milano: Edifarm, 2005
27. Ott BR, Lafleche G, Whelihan WM, Buongiorno GW, Albert MS, Fogel BS. Impaired awareness of deficits in Alzheimer's Disease. *Alzheimer Dis Assoc Dis* 1996; 10: 68-76
28. Folstein MF, Folstein SE, Mchug PR. "Mini-Mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-98
29. Kaplan RM, Ganiats TG, Sieber WJ, Anderson JP. The quality of well-being scale: critical similarities and differences with SF-36. *International Journal for Quality in Health Care* 1998; 10: 509-520
30. Yesavage JA, Rose TL, Lum O, Huangh V. Development and validation of geriatric depression screening: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49
31. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young BC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatr* 1988; 23: 271-84
32. Vallotti B, Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M. L'insight del paziente demente: riproducibilità di due strumenti di valutazione. *Giornale di Gerontologia* 1997; 45: 341-5

CORRESPONDING AUTHOR

Dott. Fabio Cembrani
Unità Dipartimentale di Medicina Legale
Viale Verona, 38100 Trento
Tel. 0461904541; e-mail: cembrani@apss.tn.it