





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO: LINEE DI INDIRIZZO PER LA OMOGENEA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DELLA INVALIDITA' CIVILE DELLE PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DI ALZHEIMER E LE ALTRE DEMENZE CORRELATE**

**LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTO** il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

**VISTA** la proposta del dirigente del servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

**VISTO** l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

**DELIBERA**

- **di approvare** le "Linee di Indirizzo per la omogenea valutazione medico-legale della invalidità civile delle persone affette da malattia di Alzheimer e le altre demenze correlate" di cui all'allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**  
Dott. Bruno Brandoni

*B. Brandoni*

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**  
Dott. Gian Mario Spacca

*G. M. Spacca*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

La demenza rappresenta una condizione patologica particolarmente frequente nella popolazione anziana di età superiore ai 65 anni. Alcune sue caratteristiche, durata (5-10 e più anni) e severità (la persona affetta, dopo un breve periodo iniziale nel quale mantiene la sua autonomia, diventa non autosufficiente e permanentemente bisognosa di assistenza), ne fanno una patologia ad elevatissimo impatto sociale.

La legislazione italiana, seguendo i principi della Carta Costituzionale (Art. 3 e Art. 38) ha previsto un complesso di norme assistenziali a tutela delle persone più fragili ed in particolare per il riconoscimento della non autosufficienza con diritto a percepire provvidenze economiche, ossia la cosiddetta "indennità di accompagnamento" (legge n. 18/80).

In mancanza di criteri applicativi chiari, univoci e condivisi della normativa sopra citata la stessa ha comportato, fino ad oggi, sia a livello locale che nazionale, valutazioni disomogenee da cui scaturiscono condizioni di diseguità sociale.

Nella Regione Marche tale disomogeneità applicativa emerge dall'analisi dei dati ricavati dalla consultazione, a mezzo web, di quelli dell'Osservatorio sulle pensioni - Banche Dati Statistiche dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS).

Nell'ambito dell'invalidità civile (di cui alla legge n. 118/71 e successive modificazioni e/o integrazioni) si rileva che i riconoscimenti dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/80, al 31 dicembre 2007 nei cittadini ultra65enni della regione Marche risultano essere stati 40.873 (12.059 nella provincia di Pesaro, 11.429 in quella di Ancona, 7.276 a Macerata, 10.109 ad Ascoli Piceno). Gli stessi dati scorporati per le 13 Zone Territoriali (ZT) dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) delle Marche e rapportati alla popolazione ultra65enne dei relativi territori, evidenziano disomogeneità marcate con, ad esempio, un massimo di riconoscimenti nella ZT di Fano (15,93%) e un minimo degli stessi nella ZT di Macerata (8,93%).

Alla luce di quanto sopra esposto il "Gruppo di lavoro Alzheimer" - costituito con Decreto n. 31/SOP del 1 febbraio 2006 così come integrato con Decreto del Dirigente del Servizio Salute n. 143 del 22 dicembre 2008 - con la qualificata collaborazione, tenuto conto dell'argomento in oggetto, di Medici Legali delle Zone, dell'Università e dell'INPS ha elaborato un articolato e puntuale documento sulla classificazione delle demenze, sui criteri diagnostici internazionalmente accettati e sui relativi strumenti di valutazione delle menomazioni e dei deficit funzionali.

Le linee di indirizzo di cui al presente atto, che vengono condivise dal Servizio Salute, dovranno pertanto consentire alle persone malate, ai loro familiari e caregiver, ai medici di medicina generale, agli specialisti di riferimento (in particolare quelli delle Unità Valutative Alzheimer), ai componenti le commissioni preposte agli accertamenti degli stati di invalidità civile, ai medici INPS componenti le Commissioni Mediche di Verifica provinciali (CMV-P), di condividere un sistema di riferimento unico e certo per il riconoscimento del pregiudizio invalidante indotto dalle demenze e, conseguentemente, dei diritti derivati dal vigente sistema di assistenza sociale.

Si sottolinea altresì, così come per altro specificato anche dal Gruppo di lavoro, che il contenuto del presente documento identifica specifici strumenti operativi e standard di valutazione che le Commissioni Sanitarie di Invalidità Civile dovranno utilizzare nel solo ambito della invalidità civile, essendo stata la materia della valutazione dell'handicap regolamentata dalla Giunta Regionale delle Marche con la Deliberazione n. 1839



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

del 15 dicembre 2008 (Approvazione delle linee guida per la valutazione integrata del disabile in condizioni di handicap ai sensi della legge n. 104/92 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate").

Per tutto quanto precede

SI PROPONE

- **di approvare** le "Linee di Indirizzo per la omogenea valutazione medico-legale della invalidità civile delle persone affette da malattia di Alzheimer e le altre demenze correlate" di cui all'allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.

**Il Responsabile del Procedimento**

**Dott. Patrizio Bacchetta**

Posizione di Funzione Sanità Pubblica

VISTO

Il Dirigente

**Dr. Giuliano Tagliavento**

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

**Dott. Carmine Ruta**

La presente deliberazione si compone di n. <sup>51653</sup>..... di cui n. <sup>1849</sup>..... pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**

**Dott. Bruno Brandoni**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## ALLEGATO A

### Linee di indirizzo per la omogenea valutazione medico-legale della invalidità civile delle persone affette da malattia di Alzheimer e le altre demenze correlate

*Documento del Gruppo di Lavoro Alzheimer della Regione Marche*

Hanno partecipato:

*per il Gruppo di Lavoro Alzheimer*

Osvaldo Scarpino  
UO Neurologia INRCA

Patrizia Civerchia  
UO Neurologia INRCA

Maria Del Pesce  
UO Neurologia ZT Senigallia

Antonio Lacetera  
UO Geriatria ZT Fano

Cristina Paci  
UO Neurologia ZT S. Benedetto del T.

Mario Signorino  
UO Neurologia ZT Fermo

*Componenti esterni*

Giovanni Feliziani  
Area Integrazione Sociosanitaria ASUR Marche

Mariano Cingolani  
Istituto Medicina Legale Univ. Macerata

Fabio Gianni  
Servizio Medicina Legale ZT Ancona

Pietro Alessandrini  
Servizio Medicina Legale ZT Ascoli Piceno

Nella Pantaleoni  
Coordinamento Medico Legale Regionale INPS

M. Donatella Proietti  
Centro Medico Legale INPS Ancona

**Indice:**

Le demenze: un problema sanitario e sociale

Clinica delle demenze

- Inquadramento nosografico
- Criteri diagnostici
- Strumenti di valutazione

La problematica medico-legale

- riferimenti giuridici
- I presupposti di metodo
- Le tappe del percorso valutativo

Criteri per una standardizzazione dei giudizi valutativi

*lu*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Le demenze: un problema sanitario e sociale**

La demenza rappresenta una condizione patologica particolarmente frequente nella popolazione anziana di età superiore ai 65 anni. Alcune sue caratteristiche, durata (5-10 e più anni) e severità (la persona affetta, dopo un breve periodo iniziale nel quale mantiene la sua autonomia, diventa non autosufficiente e permanentemente bisognosa di assistenza), ne fanno una patologia ad elevatissimo impatto sociale.

La legislazione italiana, seguendo i principi della Carta Costituzionale (Art. 3 e Art. 38) ha previsto un complesso di norme assistenziali a tutela delle persone più fragili ed in particolare per il riconoscimento della non autosufficienza con diritto a percepire provvidenze economiche, ossia la cosiddetta "indennità di accompagnamento" (legge n. 18/80).

In mancanza di criteri applicativi chiari, univoci e condivisi della normativa sopra citata la stessa ha comportato, fino ad oggi, valutazioni disomogenee da cui scaturiscono condizioni di diseguità sociale.

Nella regione Marche tale disomogeneità applicativa emerge dall'analisi dei dati ricavati dalla consultazione, a mezzo web, di quelli dell'Osservatorio sulle pensioni - Banche Dati Statistiche dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS)<sup>1</sup>.

Nell'ambito dell'invalidità civile (di cui alla legge n. 118/71 e successive modificazioni e/o integrazioni) si rileva che i riconoscimenti dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/80, al 31 dicembre 2007 nei cittadini ultra65enni della regione Marche risultano essere stati 40873 (12059 nella provincia di Pesaro, 11429 in quella di Ancona, 7276 a Macerata, 10109 ad Ascoli Piceno). I dati scorporati per le 13 Zone Territoriali (ZT) dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) delle Marche sono stati rapportati alla popolazione ultra65enne degli stessi territori, ricavata dai dati ottenuti dal sito web dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT)<sup>2</sup>, con riferimento alla data 1 gennaio 2008. Nella figura 1 è riportato il grafico della percentuale degli anziani ultra65enni con invalidità civile e indennità di accompagnamento per ogni ZT delle Marche. La disomogeneità dei risultati è rilevante, con un massimo di riconoscimenti nella ZT di Fano (15,93%) e un minimo degli stessi nella ZT di Macerata (8,93%).

Sebbene non siano note, statisticamente, le diagnosi della infermità dei 40873 invalidi civili ultra65enni sopramenzionati censiti nella regione Marche, qualora tale dato venga confrontato con quello desunto da un'indagine statistica condotta nella Provincia autonoma di Trento, si può ragionevolmente ipotizzare che almeno la metà dei casi sia attribuibile a malattie neurologiche e psichiatriche con una prevalenza di sindromi dementigene [1]. La disomogeneità dei dati riscontrati nella Regione Marche in rapporto alle diverse ZT potrebbe essere attribuita, in parte, ai casi di demenza non riconosciuti dalle Commissioni e, in misura maggiore, a quelli che seppur gravi sono stati valutati riduttivamente dalle Commissioni Sanitarie; tutto questo per la mancanza di una omogenea metodologia valutativa.

Scopo del presente documento è fare il punto sulla classificazione delle demenze, sui criteri diagnostici internazionalmente accettati e sui relativi strumenti di valutazione delle menomazioni e dei deficit funzionali. Il documento dovrà consentire alle persone malate, ai loro familiari e caregiver, ai medici di medicina generale, agli specialisti di riferimento (in particolare quelli delle Unità Valutative Alzheimer), ai componenti le commissioni preposte agli accertamenti degli stati di invalidità civile, ai medici INPS

<sup>1</sup> <http://www.inps.it/home/default.asp?sID=%3B0%3B4774%3B4781%3B4962%3B&lastMenu=4962&iMenu=1&iNodo=4962&sURL=http%3A%2F%2Fservizi.inps.it%2Fbanchedatistatistiche%2Fmenu%2Fpensioni%2Fpensioni.html>

<sup>2</sup> <http://demo.istat.it/pop2008/index.html>

W



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

componenti le Commissioni Mediche di Verifica provinciali (CMV-P), di condividere un sistema di riferimento unico e certo per il riconoscimento del pregiudizio invalidante indotto dalle demenze e, conseguentemente, dei diritti derivati dal vigente sistema di assistenza sociale.

Il contenuto del documento identifica specifici strumenti operativi e standard di valutazione che le Commissioni Sanitarie di Invalidità Civile dovranno utilizzare nel solo ambito della invalidità civile, essendo stata la materia della valutazione dell'handicap recentemente trattata dalla Giunta Regionale delle Marche con la Deliberazione del 15 dicembre 2008 n. 1839 (Approvazione delle linee guida per la valutazione integrata del disabile in condizioni di handicap ai sensi della legge n. 104/92 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate").

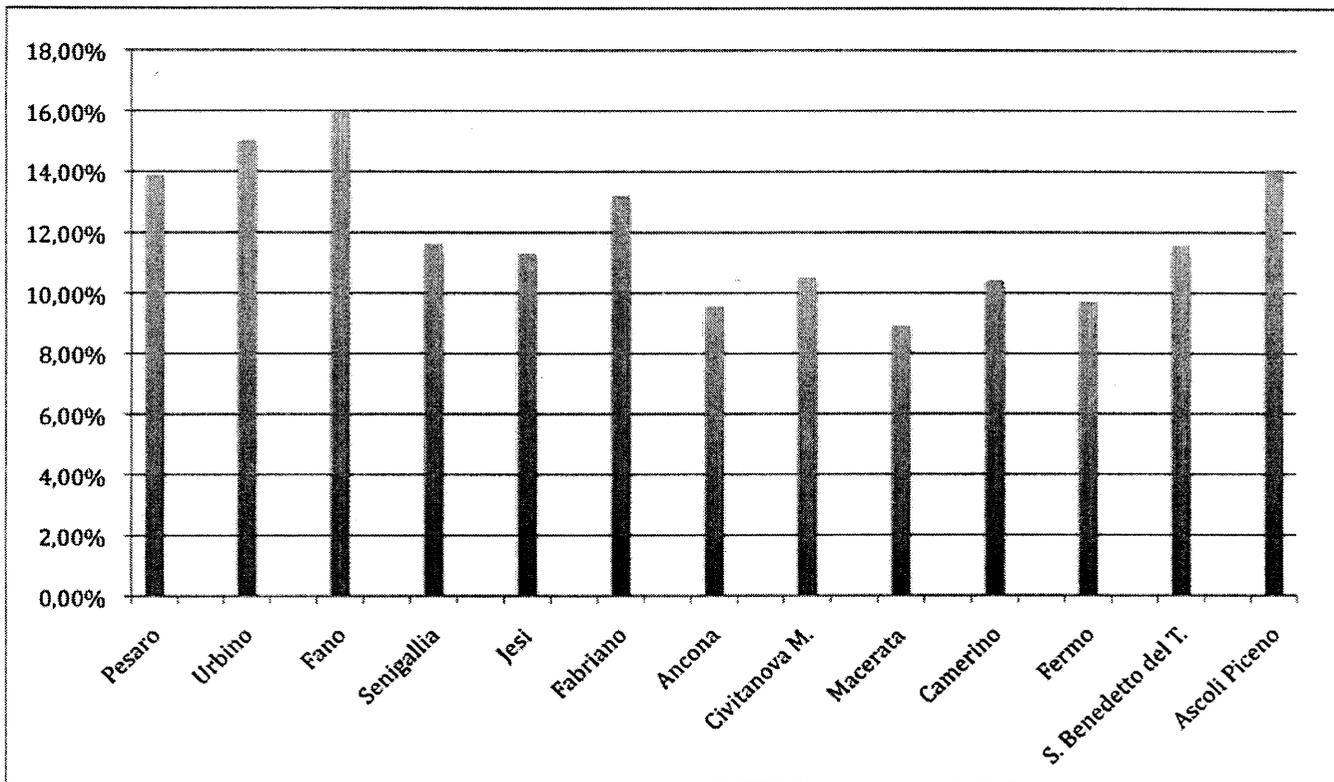


Fig. 1. Percentuale di ultra65enni con invalidità civile e indennità di accompagnamento nelle diverse zone territoriali della regione Marche al 31 dicembre 2007.

### Clinica delle demenze

#### *Inquadramento nosografico*

La demenza viene definita come un disturbo acquisito su base organica delle funzioni intellettive che sono state in precedenza acquisite. Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali-IV-Text Revision [2], tali funzioni devono comprendere la memoria e almeno un'altra funzione tra: pensiero astratto, capacità critica, linguaggio (afasia) e orientamento spaziotemporale. La vigilanza deve invece essere conservata. I deficit devono interferire significativamente con il lavoro, le attività sociali o le relazioni con le altre persone, con un peggioramento rispetto al precedente livello funzionale, e non de-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

vono manifestarsi unicamente nel contesto di un delirium, per altro patologia estremamente frequente nell'anziano, specie se ospedalizzato.

Le demenze possono essere classificate in vari modi. La classificazione di gran lunga più nota è comunque quella che, rifacendosi ai criteri clinici, distingue le demenze in forme primarie e secondarie (Tab. I).

**Tab. I: Classificazione clinico-patogenetica**

Demenze primarie o degenerative	
◆	Demenza di Alzheimer
◆	Demenze frontotemporali e malattia di Pick
◆	Demenza a corpi di Lewy
◆	Parkinson demenza
◆	Idrocefalo normoteso
◆	Corea di Huntington
◆	Paralisi sopranucleare progressiva
◆	Degenerazione cortico-basale
Demenze secondarie	
◆	Demenza vascolare ischemica
◆	Disturbi endocrini e metabolici
◆	Malattie metaboliche ereditarie
◆	Malattie infettive e infiammatorie del SNC
◆	Stati carenziali
◆	Sostanze tossiche
◆	Processi espansivi intracranici
◆	Miscellanea

Dal punto di vista strettamente nosografico le demenze di più frequente riscontro nella pratica clinica sono rappresentate da quelle di seguito trattate e per le quali vengono forniti i codici identificativi ICD<sup>3</sup>.

**La malattia di Alzheimer (AD)**

codice ICD principale: 331.0 Malattia di Alzheimer

codice ICD aggiuntivo: 294.10 Demenza senza disturbi comportamentali;  
294.11 Demenza con disturbi comportamentali

La AD rappresenta il prototipo delle demenze corticali; è una patologia degenerativa del sistema nervoso centrale che porta al decesso in circa 10 anni, malgrado studi recenti indichino un allungamento della sopravvivenza. Rappresenta il 50-60% di tutte le demenze.

La malattia di Alzheimer ha un decorso caratterizzato da un prevalente e iniziale deficit di memoria episodica seguito dal progressivo, sequenziale impoverimento delle funzioni attentive ed esecutive, della memoria semantica, del linguaggio, dell'orientamento, delle abilità visuo-spaziali e della prassia. La graduale riduzione delle capacità cognitive interferisce con il normale svolgimento delle attività lavorative e/o sociali e può associarsi ad alterazioni comportamentali. In una fase successiva si perdono le abilità di lettura, scrittura e denominazione e si determina una progressiva gerarchica compromissione della capacità di eseguire attività anche abituali della vita quotidiana, con una precoce difficoltà nell'esecuzione delle più complesse e una relativa conservazione di quelle di base. [3] I criteri NINDS-

<sup>3</sup> "International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification". Versione Italiana della ICD-9-CM 2007

*W*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADRDA per la diagnosi di AD, proposti nel 1984, sono riconosciuti validi ancor oggi, malgrado essi abbiano mostrato un'eccellente sensibilità (90-95%), ma una specificità non superiore al 60-70%.

**La demenza fronto-temporale (FTD)**

codice ICD principale: 331.11 Malattia di Pick;  
331.19 Altra demenza fronto-temporale  
codice ICD aggiuntivo: 294.10 Demenza senza disturbi comportamentali;  
294.11 Demenza con disturbi comportamentali

La FTD rappresenta tuttora un quadro clinico di difficile inquadramento nosografico; ne sia prova l'ampia variabilità di incidenza secondo le casistiche (2-25% delle demenze). I criteri di consenso clinico-patologico pubblicati nel 1994 dai Lund and Manchester Groups [4] inquadrano la FTD come un gruppo di disordini clinicamente eterogeneo che hanno elementi neuropatologici in comune. Più recentemente, un ulteriore consensus group ha individuato tre principali sottotipi clinici di FTD: la variante frontale, l'afasia progressiva non fluente e la demenza semantica [5].

La variante frontale, in cui vi è un selettivo coinvolgimento bifrontale o fronto-temporale destro, è caratterizzata sul piano clinico da precoci cambiamenti della personalità come: disinibizione, perdita del controllo sociale, iperoralità, stereotipie ed alterazioni dell'affettività come: apatia, disinteresse, ipocondria. La compromissione dell'emisfero sinistro si esprime clinicamente con disturbi del linguaggio: nei pazienti con preminente coinvolgimento frontale si osserva la cosiddetta afasia non fluente progressiva contrassegnata da linguaggio povero, anomico, agrammatico, asintattico, ma con una comprensione preservata; se invece il processo patologico è localizzato prevalentemente nel lobo temporale si sviluppa la cosiddetta demenza semantica [6]. Tali distinzioni cliniche, che generalmente sono apparenti nelle fasi precoci, tendono ad attenuarsi con il progredire della malattia.

**La demenza a corpi di Lewy (DLB)**

codice ICD principale: 331.82 Demenza con corpi di Lewy  
codice ICD aggiuntivo: 294.10 Demenza senza disturbi comportamentali;  
294.11 Demenza con disturbi comportamentali

La DLB costituisce la seconda causa di demenza degenerativa dopo quella di Alzheimer. Numerosi studi sono stati indirizzati a definire le caratteristiche clinico-patologiche di questa forma di demenza. I consensus criteria, formulati nel 1996 da McKeith et al. [7], prevedono tre elementi clinici maggiori: le allucinazioni, la fluttuazione attentiva ed il parkinsonismo. La DLB, che molte casistiche indicano come più frequente nel sesso maschile (circa 2:1), generalmente esordisce subacutamente con un quadro psicotico caratterizzato da allucinazioni visive ed idee deliranti.

Contemporaneamente la sfera cognitiva va incontro a deterioramento con comparsa di disturbi mnesici. Molto caratteristica è la marcata fluttuazione dell'attenzione che si traduce in estrema variabilità delle abilità cognitive e funzionali.

Un aspetto importante è l'estrema sensibilità ai neurolettici, che sono in grado di indurre repentinamente uno stato di grave parkinsonismo, anche quando somministrati a basse dosi. Di recente, altera-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

zioni del sonno REM, manifestazioni depressive e frequenti episodi sincopali sono stati proposti come ulteriori caratteristiche della DLB [8].

**La paralisi sopranucleare progressiva (PSP)**

codice ICD principale: 333.0 Altre malattie degenerative dei nuclei della base

La PSP è una sindrome parkinsoniana simmetrica che si associa in modo caratteristico a deficit della verticalità dello sguardo e decadimento cognitivo di grado non elevato; inoltre, frequenti cadute, specie all'indietro, sono evenienza non rara e suggestiva. Le caratteristiche del disturbo cognitivo sono tipicamente quelle di una demenza sottocorticale con rallentamento psichico, turbe del linguaggio, difficoltà nella pianificazione ed esecuzione di compiti sequenziali.

**La degenerazione cortico-basale (CBD)**

codice ICD principale: 333.0 Altre malattie degenerative dei nuclei della base

La CBD è una rara malattia degenerativa sporadica caratterizzata sul piano clinico dall'associazione di segni corticali (aprassia ideomotoria, sindrome dell'arto alieno, afasia, disturbi comportamentali di tipo frontale) ed extrapiramidali (acinesia, rigidità, distonie degli arti, mioclono focale, disequilibrio). Caratteristica è l'asimmetria delle manifestazioni sintomatologiche.

**La demenza vascolare (VaD)**

codice ICD principale: 290.40 Demenza vascolare, non complicata;  
290.40 Demenza vascolare, con delirium;  
290.42 Demenza vascolare con deliri;  
290.43 Demenza vascolare con umore depresso

La VaD costituisce un quadro patologico complesso che sempre più solleva dubbi ed incertezze circa la propria autonomia nosografica e l'inquadramento clinicopatologico [9]. Secondo i criteri NINDS-AIREN la diagnosi di demenza vascolare si basa sui seguenti elementi: (1) presenza di demenza; (2) evidenza di malattia cerebrovascolare dimostrata o dalla storia del paziente, o dall'esame clinico, o dalle "immagini" encefaliche; (3) una stretta relazione temporale tra demenza e patologia cerebrovascolare. La classificazione neuropatologica della VaD secondo i criteri NINDS-AIREN, include diversi sottogruppi:

- (1) demenza multinfartuale,
- (2) demenza da singoli infarti strategici,
- (3) demenza da patologia dei piccoli vasi;

ed infine altre forme comprendenti:

- (4) quella emorragica,
- (5) quella da ipoperfusione.

14



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In tutti i sottogruppi le lesioni possono avere localizzazione corticale o sottocorticale; in particolare le prime due si presentano con un quadro prevalente di demenza corticale, mentre la patologia dei piccoli vasi si esprime clinicamente come demenza sottocorticale [10].

***Demenza da Idrocefalo normoteso***

codice ICD principale: 331.3 Idrocefalo comunicante

L'idrocefalo normoteso è tipicamente caratterizzato dalla triade demenza, atassia della marcia, incontinenza urinaria e fecale, oltre che dal riscontro strumentale di dilatazione ventricolare, specie dei corni frontali. In realtà tale quadro contraddistingue solo le forme più avanzate e generalmente irreversibili della malattia. Il deficit cognitivo consiste selettivamente in una riduzione delle capacità ideative e logico-deduttive, rallentamento ideomotorio, difetto di memoria lieve o moderato, lentezza nel rispondere. L'insorgenza dei disturbi della marcia prima del deficit cognitivo, la modesta entità di quest'ultimo, il riscontro di onde B nel monitoraggio della pressione liquorale, la scarsa gravità dell'atrofia corticale si associano a buone possibilità di recupero dopo la derivazione neurochirurgia, ma il recupero può richiedere anche alcuni anni. Mediamente, la derivazione liquorale è gravata da un 30-40% di complicanze [11].

***Criteri diagnostici***

La diagnosi di certezza, sia per la Malattia di Alzheimer che per le altre demenze, è certamente fornita dall'esame neuropatologico. Ma ovviamente, in vita, la diagnosi di demenza è primariamente clinica.

I criteri diagnostici più utilizzati per la malattia di Alzheimer sono stati formulati sin dal 1984 [12] dalla Task-Force del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS-ADRDA) (Allegato 1a). Altri criteri sono stati predisposti dall'Associazione Americana di Psichiatria nella IV° versione del Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali (DSM IV) (Allegato 1b) [2].

L'utilizzo di tali criteri sebbene internazionalmente accettato, pone tuttavia alcuni problemi:

1. Solo in presenza di una sintomatologia conclamata si riesce a fare una diagnosi di malattia di Alzheimer.
2. Questi criteri non permettono la diagnosi differenziale con altre forme di demenza, per es. la Demenza frontotemporale [13].

Per una corretta diagnosi di malattia dovranno pertanto essere utilizzati i criteri diagnostici specifici per ciascuna: i criteri di Lund and Manchester [4] per la Demenza frontotemporale (Allegato 1c), di McKeith [7] per la Demenza a corpi di Lewy (Allegato 1d), i criteri di NINDS-AIREN per la demenza vascolare [14] (Allegato 1e).

Anche le altre forme di demenza, sebbene rare, vanno tenute in considerazione. La Paralisi Sopranucleare Progressiva (Allegato 1f) [15] e la degenerazione corticobasale (Allegato 1g) [16] pur incluse all'interno del vasto gruppo della Demenza frontotemporale hanno sintomi neurologici più specifici che ne permettono il sospetto clinico. La paralisi verticale di sguardo nel primo caso, e le distonie ad un arto (alien hand), nel secondo caso, sono segni da conoscere e ricercare.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Strumenti di valutazione*

La valutazione della demenza, tanto dal punto di vista clinico che da quello medico-legale, non può che essere multidimensionale e principalmente di tipo "funzionale".

A tutt'oggi nessuna circolare ministeriale o regionale ha identificato gli strumenti idonei per addivenire alla valutazione delle "difficoltà persistenti" della persona a svolgere compiti e funzioni proprie dell'età e i riferimenti presenti volti a definire "gli atti quotidiani della vita" sono poco utili nella valutazione di soggetti ultrasessantacinquenni.

Si osserva, tuttavia, che moltissimi strumenti (scale, batterie, questionari) sono stati proposti negli ultimi venti anni dalla ricerca medica per la valutazione del pregiudizio funzionale determinato dalle demenze. Molti di essi rispondono ai principali criteri di validazione richiesti: obiettività (indipendenza dall'esperienza dell'esaminatore), affidabilità (correttezza nel misurare la caratteristica in esame), validità (sicurezza di misurare la caratteristica in esame), standardizzazione dei dati (nello specifico sulla popolazione italiana), economia (esecuzione e valutazione facili e brevi), confrontabilità, sensibilità/specificità.

A. Valutazione del patrimonio cognitivo

La valutazione cognitiva, insieme all'esame clinico della persona, fa parte integrante dei criteri diagnostici, come già precedentemente sottolineato.

Si osserva, poi, da un punto di vista "medico-legale" che è indispensabile utilizzare strumenti valutativi che, oltre alle caratteristiche sopraelencate, siano in grado di quantificare e graduare oggettivamente il grado di compromissione delle abilità di una persona attraverso un valore numerico.

Il *Mini Mental State* [17], tarato sulla popolazione italiana [18], è sicuramente lo strumento di misurazione più utilizzato in questo contesto. E' un test di veloce somministrazione (5-10'), costituito da 11 items, suddivisi in 5 sezioni (orientamento temporo-spaziale, memoria, attenzione e calcolo, memoria di richiamo, linguaggio e prassia) che includono prove verbali e non verbali la cui somma dà un punteggio totale compreso tra 0 e 30; il punteggio soglia, una volta attuate le correzioni che tengono conto dell'età e della scolarità, è 24.

Possibili alternative sono rappresentate da:

- a) *questionario breve dello stato mentale* [19,20]: è un questionario a 10 domande che misura presenza e livello di gravità dei disturbi cognitivi; richiede circa 5' e misura: orientamento (data, giorno, settimana), memoria a breve e lungo termine (numero e indirizzo di casa, età, data di nascita, nome dell'attuale e del precedente Presidente della Repubblica, cognome da nubile della madre), capacità di svolgere operazioni mentali (togliere 3 partendo da venti). Prevede 4 livelli di gravità: 0-2 (normale), 3-4 (deficit lieve), 5-7 (deficit moderato), 8-10 (deficit grave).
- b) *Batteria per il Deterioramento Demenziale (Milan Overall Dementia Assessment-MODA)* [21]: è una breve batteria che prevede la raccolta sia di dati ricavati da un familiare sia di dati psicometrici (9 tests neuropsicologici). Il punteggio totale massimo è 100 (40-60: demenza di media gravità; <40:demenza grave); la durata della prova è di 20-30'.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Meno utili nell'ambito medico-legale, per quanto molto utilizzate nell'ambito clinico sono la Batteria per la valutazione del Deterioramento Mentale- BDM [22] e la Scala di valutazione della Demenza di Alzheimer- ADAS [23,24], in particolare perché richiedono un lungo tempo per la somministrazione (50-75') e personale formato ad hoc.

### B. Valutazione dei disturbi psichici e comportamentali

In questo ambito vanno attentamente documentati e quantificati soprattutto i sintomi depressivi, i disturbi comportamentali e i disturbi ideativi.

Tra le molte Scale proposte è di particolare interesse la Cornell Scale for Depression in Dementia [25]. Consta di 19 domande suddivise in 5 aree (alterazioni del tono dell'umore, disturbi comportamentali, segni fisici, disturbi del sonno, disturbi ideativi) da porre al caregiver seguite da un colloquio semistrutturato col paziente. Può essere utilizzata anche nei soggetti con demenza moderata o severa in quanto non richiede grosse abilità di comprensione, giudizio e memoria; il punteggio globale va da 0 a 38 e un punteggio uguale o superiore a 8 suggerisce la presenza di depressione clinica. Richiede un tempo di circa 30'.

Molto usato nella pratica clinica delle UVA è l'Inventario Neuropsichiatrico - NPI [26,27]. E' stato sviluppato per valutare un'ampia gamma di comportamenti che si riscontrano nei soggetti affetti da demenza; si basa su un'intervista-colloquio con il caregiver volta ad accertare se il comportamento del paziente è cambiato col manifestarsi della demenza. Prende in esame 12 disturbi comportamentali: deliri, allucinazioni, agitazione-aggressività, disforia, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità, attività motoria aberrante, disturbi del sonno e disturbi alimentari. Fornisce un punteggio quantitativo (frequenza), qualitativo (gravità) e globale (frequenza per gravità). La sua somministrazione richiede 15-20' e il punteggio globale massimo è pari a 144.

Non è disponibile un cut off trattandosi di uno strumento "descrittivo"; la stessa considerazione vale per la Scala dei Disturbi Comportamentali nella malattia di Alzheimer (BEHAVE-AD) [28], che indaga ideazione delirante, allucinazioni, disturbi dell'attività, aggressività, disturbi del sonno, disturbi affettivi, ansia e fobie valutando ciascun disturbo su una scala di gravità da 0 (assente) a 3 (grave); il punteggio massimo è di 75.

### C. Valutazione dello stato funzionale

Anche la progressiva perdita dell'autonomia, connaturata alla malattia dementigena e logica conseguenza del deficit cognitivo e dei disturbi psichiatrici, deve trovare uno strumento di misurazione. Una "diagnosi funzionale" diventa infatti particolarmente importante quando viene richiesto, come dalla legge n. 508/1988 e dal DL n. 509/1988 di identificare, nei soggetti ultra65enni, "...difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età...".

Anche in questo contesto è importante identificare Scale di valutazione multidimensionali che forniscano una valutazione quantitativa e non solo descrittiva.

Le Scale più usate nella pratica clinica delle UVA e di molto facile e rapido utilizzo sono la Activities of Daily Living - ADL che valuta le cosiddette "attività quotidiane" (alzarsi dal letto, camminare, vestirsi, fare il bagno, pulizia personale, mangiare, usare i servizi) e la Instrumental Activities of daily Living -



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

IADL che indaga le "attività strumentali" della vita quotidiana (usare il telefono, usare mezzi di trasporto, fare la spesa, cucinare, lavori domestici e menage familiare, gestione del denaro, hobby e attività professionali, assunzione dei farmaci) [29,30]. La loro somministrazione, al caregiver, non richiede più di 5' e per ogni attività il punteggio va da 0 (dipendente) a 1 (indipendente). La ADL ha un punteggio massimo di 6, la IADL di 5 per gli uomini, 8 per le donne.

Meno specifica e meno sensibile ma comunque in grado di fornire un indice quantitativo di autonomia fisica è la Scala di valutazione delle attività di base della vita quotidiana - Indice di Barthel - BI [31,32]. E' più usata in ambito riabilitativo e fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di: alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare gli sfinteri. Il tempo necessario alla somministrazione è di 5'; ad ogni funzione esaminata viene assegnato un punteggio di 15 (completa indipendenza), 10, 5 o 0 (completa dipendenza) e il punteggio globale massimo è pari a 100.

E' interessante segnalare che l'Indice di Barthel - ADL è stato adottato, in una versione semplificata, dalla Giunta Provinciale di Trento<sup>4</sup>. Gli items sono stati ridotti a 7 (alimentazione, vestizione, bagno, cura del corpo, continenza urinaria e fecale, utilizzo del WC) e, in base alla somma dei punteggi ottenuti, sono state identificate tre classi di difficoltà: punteggio 50-80: persona autonoma negli atti quotidiani della vita; punteggio 15-45: persona parzialmente dipendente; punteggio 0-10: persona totalmente dipendente.

#### D. Stadiazione della demenza

A completamento di quanto proposto, può essere indubbiamente importante disporre di uno strumento che valuti, sempre quantitativamente, il grado dell'impatto dei disturbi cognitivi e non cognitivi sulla vita sociale qualificata.

In questo contesto la Scala di Gravità Clinica della Demenza più nota è la Clinical Dementia Rating Scale-CDR [33,34].

Questa Scala permette un'accurata stadiazione clinica attraverso l'indagine di 6 domini cognitivi e funzionali: memoria, orientamento, giudizio e soluzione di problemi, attività sociali, casa e tempo libero, cura personale. E' compilata sulla base delle informazioni fornite dal paziente e dal caregiver e dei risultati di una valutazione delle funzioni cognitive. Il punteggio a ciascun dominio cognitivo e funzionale va da 0 (normale) a 3 (compromissione severa).

Problemi di questa Scala sono la necessità che venga somministrata da personale esperto (in genere il medico), il tempo necessario è discreto (circa 30') e la modalità di valutazione è complessa. Fornisce comunque 7 stadi di gravità da 0 (normale) a 5 (demenza terminale).

Un'alternativa è rappresentata dalla Sandoz Clinical Assessment Geriatric - SCAG [35]; questa Scala indaga, mediante un'intervista strutturata, 18 domini divisi in 7 livelli di gravità che consentono una differenziazione fra diversi livelli di compromissione. I domini considerati sono: depressione dell'umore, confusione, vigilanza, motivazione e iniziativa, irritabilità, ostilità, insofferenza, indifferenza

4

Deliberazione della Giunta Provinciale di Trento n.2831/2008 avente per oggetto: "Indirizzi per la valutazione dello stato di invalidità civile nei riguardi di soggetti ultra-65enni affetti da demenza: integrazione e modifica della deliberazione n. 2704 di data 9 aprile 1999".



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

all'ambiente, asocialità, non cooperazione, labilità emotiva, senso di affaticamento, cura di sé, inappetenza, disturbi somatici, ansia, compromissione della memoria recente, disorientamento.

Disponibile e molto sensibile, ma poco usata è la Global Deterioration Scale - GDS [36]. Presume una diagnosi di demenza già accertata, non richiede un'intervista strutturata e la sua somministrazione richiede 15-20'. Prevede 7 distinti livelli diagnostici dove 1 rappresenta l'assenza di patologia, 7 una compromissione molto grave.

### La problematica medico-legale

#### *I riferimenti giuridici*

La valutazione della demenza è un processo complesso con finalità diverse. Può riguardare, come già riportato, la diagnosi clinica della malattia (individuazione dei determinanti etiologici, valutazione dell'efficacia delle terapie e/o dei programmi riabilitativi, determinazione del carico assistenziale) oppure, in ambito medico-legale, l'applicazione di disposti di legge ricompresi all'interno del settore della assistenza sociale (invalidità civile ed handicap). In ambito di invalidità civile la attenzione preliminare è alla definizione del "danno funzionale permanente", in caso di persone ultrasessantacinquenni in riferimento alle "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età" di cui al decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, in caso di soggetti infrasessantacinquenni in riferimento alla "riduzione permanente della capacità lavorativa" di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118<sup>5</sup> misurata secondo le Tabelle di cui al D.M. 5 febbraio 1992<sup>6</sup>. In entrambe le circostanze di età andrà inoltre eventualmente valutata la capacità di "deambulare" e/o di compiere gli "atti quotidiani della vita" senza l'aiuto permanente, per l'applicazione di quanto previsto dalla legge 21 novembre 1988, n. 508 in tema di indennità di accompagnamento<sup>7</sup>. In ambito di accertamento dell'handicap, in maniera indipendente dall'età, dovrà

<sup>5</sup> L'art. 2 della legge 30 marzo 1971, n. 118 recita: "agli effetti della presente legge, si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minore di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza sociosanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi ed i sordomuti per i quali provvedono altre leggi".

<sup>6</sup> La Tabella riporta una sola voce specifica (1001: Alzheimer con deliri o depressione ad esordio senile, 100%). Sono inoltre utilizzabili, per analogia, le seguenti voci: 1002 - Demenza iniziale (61-70%); 1003 - Demenza grave (100%); 1005 - Insufficienza mentale lieve (41-50%); 1006 Insufficienza mentale media (61-70%); 1007 - Insufficienza mentale grave (91-100%); 1101 - Esiti di sofferenza organica accertata strumentalmente che comporti isolati e lievi disturbi della memoria (11-20%); 1102 - Esiti di sofferenza organica accertata strumentalmente che comporti disturbi di memoria di media entità (21-30%); 1103 - Esiti di sofferenza organica accertata strumentalmente che comporti gravi disturbi della memoria (41-50%).

<sup>7</sup> 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 ed integrazioni, è modificata come segue.

2. L'indennità di accompagnamento è concessa:  
ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti;

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.

10



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

qualificarsi la "minorazione", la relativa "difficoltà di apprendimento, di relazione e di integrazione lavorativa" e la condizione di "svantaggio sociale o emarginazione" conseguente, secondo quanto indicato dalla legge 5 febbraio 1992 n. 104; secondo quanto indicato all'articolo 3, comma 3, della medesima legge 104/1992 inoltre dovrà essere valutato il grado di riduzione della "autonomia personale", prodotto dalla minorazione, e la correlata necessità dell'intervento assistenziale permanente, continuativo e globale, nella sfera individuale e in quella di relazione.

*I presupposti di metodo*

Le preliminari indicazioni metodologiche alle quali le scelte relative alla valutazione della demenza devono essere coerentemente ispirate sono le seguenti:

- a) devono rispecchiare il principio dell'integrità (multidimensionalità) della persona che non può essere circoscritta ad un valore meramente quantitativo assegnando ad una tra le tante scale di valutazione del deficit di memoria disponibili nel panorama internazionale (MMSE, SPMSQ, ecc.);
- b) b) devono rispettare i criteri diagnostico-clinici previsti dal DSM-IV<sup>8</sup> e i criteri standardizzati e internazionalmente riconosciuti per le altre malattie associate a demenza già descritte, attraverso la valutazione delle funzioni cognitive, dei sintomi non cognitivi, della depressione, delle eventuali comorbilità somatiche associate ed attraverso l'esame dello stato funzionale della persona.

*Le tappe del percorso valutativo*

L'attività medico-legale delle Commissioni di valutazione è attività clinica che in primo luogo inquadra la condizione patologica dal punto di vista nosografico e sistematico e quindi determina le conseguenze in riferimento al "danno funzionale permanente" di cui all'art. 1 del Decreto legislativo n. 509/1988. Lo specifico compito delle Commissioni di formulare l'epicrisi diagnostica in termini di compromissione funzionale è attività propria della Commissione e non deve essere riduttivamente ricondotta ad un atto "notarile" di mera trascrizione di quanto contenuto nella documentazione. In riferimento a questo presupposto le tappe del percorso valutativo delle Commissioni devono essere le seguenti:

1. acquisizione della documentazione sanitaria ed amministrativa contenuta nel fascicolo personale;
2. effettuazione della visita medica correlata dall'esame della documentazione clinica prodotta dalla persona;
3. Fermi restando o 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.

8

A tali criteri si riferisce, esplicitamente, legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Disposizioni varie), che all'art. 94, comma 3, indica: "...Per l'accertamento delle condizioni di invalidità e la conseguente erogazione di indennità, secondo la legge in vigore, delle persone affette dal morbo di Alzheimer, le commissioni deputate sono tenute ad accogliere le diagnosi prodotte secondo i criteri del DSMIV dai medici specialisti del Servizio sanitario nazionale o dalle unità di valutazione Alzheimer."



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3. formulazione dell'epicrisi medico-legale, privilegiando gli aspetti funzionali rispetto alla diagnosi clinica, utilizzando i criteri indicati successivamente;
4. verifica del requisito della permanenza dello stato invalidante e dall'utilizzo, appropriato, dello strumento della revisione medica, disposta solo nei casi in cui è ragionevole attendersi una modificazione migliorativa dello stato funzionale della persona;
5. valutazione medico-legale dell'impairment lavorativo e, nei soggetti ultrasessantacinquenni, delle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età;
6. valutazione delle condizioni che danno luogo alla concessione dell'indennità di accompagnamento, applicando le indicazioni esposte successivamente;
7. formulazione dei giudizi medico-legali cosiddetti "accessori", ancorché obbligatori per legge (potenzialità lavorative).

**Criteri per la standardizzazione dei giudizi valutativi**

**Criteri per la standardizzazione dei giudizi valutativi**

I criteri diagnostici da applicare per le diagnosi di malattie associate a demenza sono i seguenti:

1. Criteri NINCDS-ADRDA (Allegato 1a) o DSM-IV (Allegato 1b) per la malattia di Alzheimer
2. Criteri di Lund and Manchester per la Demenza Frontotemporale (Allegato 1c)
3. Criteri diagnostici di McKeith per la Demenza a Corpi di Lewy (Allegato 1d)
4. Criteri diagnostici per la Demenza Vascolare - NINDS-AIREN (Allegato 1e)
5. Criteri diagnostici per la Paralisi Sopranucleare Progressiva (Allegato 1f)
6. Criteri diagnostici per la Degenerazione Corticobasale (Allegato 1g)

I seguenti test o scale valutative devono essere eseguiti o acquisiti se effettuati da una Unità Valutativa Alzheimer della regione Marche, al fine di documentare la gravità dei deficit cognitivi, psichici e comportamentali, funzionali e la stadiazione di malattia:

1. Mini Mental State Examination (MMSE) (Allegato 2a),
2. Barthel - ADL e Barthel - Mobilità (Allegato 2b),
3. Clinical Dementia Rating (CDR) Scale (Allegato 2c),
4. NeuroPsychiatric Inventory (NPI) (Allegato 2d).

L'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/80, nel caso delle persone con malattia di Alzheimer e altre malattie associate a demenza indicate nel presente documento, dovrà essere riconosciuta nei casi in cui si documenta almeno una tra le seguenti situazioni:

1. punteggio al MMSE pari o inferiore a 17/30, considerato che, in queste situazioni, gli indici di Barthel-AD risultano gravemente compromessi anche per la riduzione o la perdita della capacità di organizzazione e di pianificazione dei compiti e delle azioni (impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita);



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2. presenza di almeno 4 item del NPI con un punteggio superiore o uguale a 6 tra i seguenti: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, apatia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del comportamento notturno, disturbi del comportamento alimentare (impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita);
3. stadiazione alla CDR nelle ultime 4 classi ("moderata" "severa", "molto grave" e "terminale"), anche quando i risultati del MMSE siano superiori a 17/30 (impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita);
4. punteggio alla Barthel - mobilità tra 0 e 10 (impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore);
5. punteggio alla Barthel - ADL tra 0 e 10 (impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita).

**Bibliografia**

1. Cembrani F, Ciraolo G, Gozzo F, Baldantoni E. La valutazione medico-legale della disabilità in Psicogeriatrica (la frammentarietà e le disequità del *welfare*). *Psicogeriatrica* 2009; 1:33-63.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2000. Edizione italiana a cura di V Andreoli, GB Cassano e R Rossi. Edizioni Masson, 2002
3. Bracco L, Piccini C. La malattia di Alzheimer. In: "Le Demenze" di M. Trabucchi. UTET Milano, 2002 pp. 221-248
4. The Lund and Manchester Groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57:416-418
5. Neary D, Snowden JS, Gustafson L et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51:1546-1554
6. Brun A, Englund B, Gustafson L et al. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57:416-418
7. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47:111-1124
8. McKeith IG, Perry EK, Perry RH. Report of the second dementia with Lewy body international workshop: diagnosis and treatment. Consortium on Dementia with Lewy bodies. *Neurology* 1999; 53:902-905
9. Korczyn AD. The complex nosological concept vascular dementia. *J Neurol Sci* 2002; 203:3-6
10. Roman GC, Erkinjuntti T, Wallis A et al. Subcortical ischaemic dementia. *Lancet Neurol* 2002 ; 1:426-436
11. Carbonin P.U., Incalzi R.A. Le Demenze Reversibili. In: "Le Demenze" di M. Trabucchi. UTET Milano, 2002 pp. 407-428
12. McKhann G, Drachman D, Folstein M et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work group under the auspices of Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34:939-944
13. The Dementia Study Group of the Italian Neurological Society: Guidelines for the diagnosis of dementia and Alzheimer's disease. *Neurol Sci* 2000; 21:187-94
14. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies; report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993; 43:250-260
15. Litvan I, Agid Y, Calne D, Campbell G, Dubois B, Duvoisin RC, Goetz CG, Golbe LI, Grafman J, Growdon JH, Hallett M, Jankovic J, Quinn NP, Tolosa E, Zee DS. Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome): report of the NINDS-PSP International Workshop. *Neurology* 1996; 47:1-9
16. Litvan I, Agid Y, Goetz C, Jankovic J, Wenning GK, Brandel JP, Lai EC, Verny M, Ray-Chaudhuri K, McKee A, Jellinger K, Pearce RK, Bartko JJ. Accuracy of the clinical diagnosis of corticobasal degeneration: a clinicopathologic study. *Neurology* 1997; 48:119-125
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198
18. Measso G, Cavarzeran F, Zappalà C e al. The Mini Mental State Examination: Normative Study of an Italian random sample. *Develop Neuropsychol* 1993; 9:77-85

11/11



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

19. Pfeiffer E. A short portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23 :433-441
20. Ferrucci L, Guralnik JM, Salive ME et al. Cognitive impairment and risk of stroke in the older population. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:237-241
21. Brazzelli M, Capitani E, Della Sala S. A neuropsychological instrument adding to the description of patients with suspected cortical dementia: the Milan overall dementia assessment. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1994; 57:1510-1517
22. Carlesimo GA, Caltagirone C, Gainotti G. The Mental Deterioration Battery: normative data, diagnostic reliability and qualitative analyses of cognitive impairment. The group for the Standardization of the Mental Deterioration battery. *Eur Neurol* 1996; 36:378-384
23. Rosen WG, Molis RC, Davis KL. A new scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatr* 1984; 141:1356-1364
24. Fioravanti M, Nacca D, Buckley AE et al. The Italian version of the Alzheimer's disease Assessment Scale (ADAS): Psychometric and normative characteristics from a normal aged population. *Arch Gerontol Geriatr* 1994; 19:21-30
25. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC et al. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatr* 1988; 23:271-284
26. Cummings JL, Mega M, Gray K et al. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44:2308-2314
27. Binetti G, Mega M, Magni E et al. Behavioral disorders in Alzheimer disease: a transcultural perspective. *Arch Neurol* 1998; 55:539-544
28. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP et al. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatr* 1987; 48:9-15
29. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontology* 1969; 9:179-186
30. Bianchetti A, Binetti G, Frisoni GB et al. Competenza e fragilità dell'anziano. Studio epidemiologico condotto su una popolazione di ultrasessantacinquenni residenti a domicilio. Franco Angeli Ed, Milano, 1993
31. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Med J* 1965; 14:61-65
32. Frisoni GB, Gozzetti A, Bignamini V et al. Special care units for dementia in nursing homes: a controlled study of effectiveness. *Arch Gerontol Geriatr* 1998; S6:215-224
33. Hughes CP, Berg L, Danzinger BJ et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatr* 1982; 140:566-572
34. Bianchetti A, Trabucchi M. La valutazione clinica del demente. In: "Le Demenze" di M. Trabucchi. UTET Milano, 2000
35. Shader RI, Harnatz JS, Salzman C. A new scale for clinical assessment in geriatric population: Sandoz Clinical Assessment-Geriatric (SCAG). *J Am Geriatr Soc* 1974; 22:107-113
36. Reisberg B. GDS: what, why and how. *Alzheimer Insight* 1998; 4:11-12

16



**ALLEGATO 1**

## **1.CRITERI DIAGNOSTICI**

Malattia di Alzheimer - NINCDS-ADRDA

**Allegato 1a**

Malattia di Alzheimer - DSM-IV-TR

**Allegato 1b**

Demenza Frontotemporale – Lund and Manchester

**Allegato 1c**

Demenza a corpi di Lewy - McKeith

**Allegato 1d**

Demenza Vascolare – NINDS-AIREN

**Allegato 1e**

Paralisi Sopranucleare Progressiva

**Allegato 1f**

Degenerazione Corticobasale

**Allegato 1g**

*W*



**Criteria diagnostici per la Malattia di Alzheimer - NINCDS-ADRDA.**

<b>Probabile:</b>
1 Demenza stabilita dall'esame clinico e documentata da MMSE, dalla Blessed Dementia Scale o da esami simili, e con la conferma di test neuropsicologici
1 Deficit di 2 o più aree cognitive
1 Peggioramento progressivo della memoria e di altre funzioni cognitive
1 Assenza di disturbi di coscienza
1 Esordio tra i 40 e i 90 anni, più spesso dopo i 65
1 Assenza di patologie sistemiche o di altre malattie cerebrali responsabili di deficit cognitivi e mnesici di tipo progressivo
<b>Supportata da</b>
1 Deterioramento progressivo di funzioni cognitive specifiche quali il linguaggio (afasia), la gestualità (aprassia), la percezione (agnosia)
1 Compromissione delle attività quotidiane ed alterate caratteristiche di comportamento
1 Familiarità positiva per analoghi disturbi, soprattutto se confermati neuropatologicamente
1 Conferme strumentali di: normalità dei reperti liquorali standard, EEG normale o aspecifico, come aumento dell'attività lenta, atrofia cerebrale alla TAC con progressione documentata dopo ripetute osservazioni
<b>Caratteristiche cliniche compatibili con MA probabile</b>
1 Plateau nella progressione della malattia
1 Sintomi associati quali depressione, insonnia, disturbi di personalità, incontinenza sfinterica, reazioni verbali emotive o fisiche di tipo catastrofico, disturbi sessuali, calo ponderale
1 Altre anomalie neurologiche, soprattutto nei casi con malattia in fase avanzata, comprendenti segni motori quali ipertono, mioclonie, disturbi della marcia
1 Crisi epilettiche in fase avanzata di malattia
1 TAC normale per l'età
<b>Caratteristiche che rendono la diagnosi di MA probabile/incerta</b>
1 Esordio acuto
1 Presenza di segni neurologici focali nelle fasi precoci di malattia
1 Disturbi della marcia all'esordio o in fase iniziale
<b>Criteri per la diagnosi di Malattia di Alzheimer Possibile:</b>
1 Sindrome demenziale in assenza di disturbi neurologici, psichiatrici o sistemici in grado di causare demenza e in presenza di variazioni nell'esordio, nella presentazione o nel decorso clinico
1 Presenza di una patologia neurologica o sistemica concomitante sufficiente a produrre demenza, ma non considerata la vera causa della demenza (coesistono altre patologie oltre la dementigena)
1 Dovrebbe essere utilizzata nella ricerca quando un deficit cognitivo isolato, progressivo e grave, sia evidenziabile in assenza di altre cause identificabili
<b>Criteri per la diagnosi di Malattia di Alzheimer Certa:</b>
1 Presenza dei criteri clinici per la diagnosi di MA probabile ed evidenza neuropatologica biptica o autoptica

*Handwritten signature*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 1b

**Criteria diagnostici per la Malattia di Alzheimer – DSM-IV.**

**A. Sviluppo di deficit cognitivi multipli, manifesti da entrambe le condizioni seguenti:**

1) deficit della memoria (compromissione delle capacità di apprendere nuove informazioni o di ricordare informazioni già acquisite);

2) una (o più) delle seguenti alterazioni cognitive:

1. a) afasia (alterazioni del linguaggio);
2. b) aprassia (compromissione della capacità di eseguire attività motorie nonostante l'integrità della funzione motoria);
3. c) agnosia (incapacità di riconoscere o identificare oggetti nonostante l'integrità della funzione sensoriale);
4. d) disturbo delle funzioni esecutive (cioè pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre).

**B. Ciascuno dei deficit cognitivi dei criteri A1 e A2 causa una compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo, e rappresenta un significativo declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento.**

**C. Il decorso è caratterizzato da un insorgenza graduale e declino continuo delle facoltà.**

**D. I deficit cognitivi dei Criteri A1 e A2 non sono dovuti ad alcuno dei seguenti fattori:**

1. Altre condizioni del sistema nervoso centrale che causano deficit progressivi della memoria e delle facoltà cognitive (per es., malattia cerebrovascolare, malattia di Parkinson, malattia di Huntington, ematoma sottodurale, idrocefalo normoteso, tumore cerebrale).
2. Affezioni sistemiche che sono riconosciute come cause di demenza (per es., ipotiroidismo, deficienza di vitamina B12 o acido folico, deficienza di niacina, ipercalcemia, neurosifilide, infezioni HIV).
3. Affezioni indotte da sostanza.

**E. I deficit non si presentano esclusivamente durante il decorso di un delirium.**

**F. Il disturbo non risulta meglio giustificato da un altro disturbo dell'Asse I (per es., Disturbo Depressivo Maggiore, Schizofrenia).**

Con insorgenza precoce: all'età di 65 o prima: con deliri, con umore depresso, non complicato. Con insorgenza tardiva: dopo i 65 anni: con deliri, con umore depresso, non complicato. Con alterazioni comportamentali



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Allegato 1c*

***Criteria di Lund and Manchester per la Demenza Frontotemporale***

Esordio insidioso-progressione lenta
Assenza di insight
Cambiamento di personalità
Livellamento delle emozioni, apatia
Precoce perdita della consapevolezza sociale e personale
Precoci segni di disinibizione e impulsività, eccessiva giovialità
Deficit di critica e di giudizio
Comportamento stereotipato
Disturbo di memoria
Riduzione dell'iniziativa verbale fino a dissoluzione del linguaggio
Incontinenza precoce
Iperoralità
Orientamento spaziale relativamente conservato fino a fasi avanzate
Ecolalia
Palilalia

*W*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Allegato 1d*

**Criteria diagnostici di McKeith per la Demenza a corpi di Lewy**

Esordio insidioso-progressione lenta
Preminenza di disturbi di attenzione; abilità frontali e visuospatiali; disturbo della memoria secondario;
Fluttuazione della vigilanza, attenzione e capacità cognitiva
Allucinazioni visive ricche e complesse
Parkinsonismo
<b>Caratteristiche aggiuntive</b>
Cadute/ sincopi /perdite di coscienza
Sensibilità ai neurolettici (il quadro della malattia peggiora)
Deliri sistematizzati
<b>Caratteristiche di esclusione</b>
Segni di stroke o segni motori focali o lesioni alla TC
Segni fisici e strumentali indicativi di altre malattie

*lc*



**Allegato 1e**

**Criteria diagnostici per la Demenza Vascolare - NINDS-AIREN**

<b>Definizione di demenza vascolare:</b>
Presenza di demenza
Evidenza di malattie cerebrovascolari
Stretta correlazione tra i due disturbi
<b>Caratteristiche cliniche</b>
Improvviso deterioramento cognitivo, entro tre mesi da uno stroke, con decorso fluttuante o a gradini
Storia di disturbo della marcia e di cadute frequenti
Incontinenza urinaria precoce rispetto all'esordio della malattia
Esame neurologico con:
- Presenza di reperti focali
- Perdita sensoriale
- Sindrome pseudobulbare
- Segni extrapiramidali
- depressione
<b>Criteria per la diagnosi di demenza vascolare probabile</b>
Disturbo di memoria associato a deficit in altre due o più aree cognitive; i deficit devono essere così gravi da interferire con le funzioni della vita quotidiana indipendentemente dalle condizioni fisiche determinate dallo stroke
Criteria di esclusione: casi con disturbo di coscienza, delirium, psicosi, afasia grave. Disordini sistemici o altre malattie cerebrali che di per sé potrebbero giustificare la presenza di una demenza
Malattia cerebrovascolare definita da presenza di: emiparesi, debolezza del facciale inferiore, segno di Babinski, deficit sensoriali, emianopsia, disartria; malattia vascolare dimostrata alla TC o alla RM con: infarti multipli dei grossi vasi, o un singolo infarto in posizione strategica (giro angolare, talamo, proencefalo basale, territorio della PCAo della ACA), o lacune multiple nei gangli della base e nella sostanza bianca, o lesioni estese della sostanza bianca periventricolare
Deve essere presente anche una relazione tra i due disordini: esordio della demenza entro tre mesi dalla diagnosi di stroke; improvviso deterioramento cognitivo, o progressione fluttuante, a gradini, del disturbo cognitivo (TAC normale per l'età)
<b>Caratteristiche cliniche della diagnosi di Demenza Vascolare probabile</b>
Presenza precoce di disturbi della marcia
Storia di instabilità e di frequenti cadute
Sintomi urinari precoci non dovuti a malattie urologiche
Paralisi pseudobulbare
Cambiamenti della personalità e dell'umore, rallentamento psicomotorio e alterata funzione esecutiva
<b>Caratteristiche che rendono la diagnosi di demenza vascolare INCERTA o IMPROBABILE:</b>
Esordio precoce dei disturbi di memoria e progressivo peggioramento della memoria e delle altre funzioni
Assenza di segni neurologici focali diversi dai disturbi cognitivi
Assenza di lesioni cerebrovascolari alla TC o alla RM

14



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**La diagnosi clinica di demenza vascolare POSSIBILE:**

Può essere posta in presenza di demenza con segni neurologici focali in pazienti in cui mancano esami di neuroimaging cerebrale che confermino una malattia cerebrovascolare definita, o in assenza di una chiara relazione temporale tra la demenza e lo stroke, o in pazienti con esordio subdolo dei sintomi, con decorso variabile del disturbo cognitivo ed evidenza di una rilevante malattia cerebrovascolare

**Criteri per la diagnosi di demenza vascolare DEFINITA:**

I criteri clinici per la diagnosi di demenza vascolare probabile

Evidenza istopatologica di malattia cerebrovascolare ottenuta tramite autopsia o biopsia

Assenza di placche senili e aggregati neurofibrillari più numerosi di quanto ci si possa attendere considerando l'età del soggetto

Assenza di altre condizioni in grado di provocare demenza



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 1f

**Criteria diagnostici per la Paralisi Sopranucleare Progressiva (PSP)**

PSP	Criteria necessari di inclusione	Criteria necessari di esclusione	Criteria di supporto
<b>Probabile</b>	<p>Malattia gradualmente progressiva</p> <p>Esordio a 40 anni o oltre</p> <p>Paralisi sopranucleare verticale e grave instabilità posturale con cadute durante il primo anno di esordio della malattia</p> <p>Mancanza di evidenza di altre malattie che possono spiegare le precedenti caratteristiche</p>	<p>Gravi, asimmetrici segni parkinsoniani</p> <p>Evidenza neuroradiologica di rilevante anormalità strutturale</p> <p>Malattia di Whipple, confermata dalla reazione di polimerasi a catena (PCR), se indicata</p>	50-60%
<b>Possibile</b>	<p>Malattia gradualmente progressiva</p> <p>Esordio a 40 anni o oltre</p> <p>Paralisi sopranucleare verticale o rallentamento delle saccadi verticali e notevole instabilità posturale con cadute durante il primo anno di esordio della malattia</p> <p>Mancanza di evidenza di altre malattie che possono spiegare le precedenti caratteristiche</p>	<p>Recente storia di encefalite</p> <p>Sindrome dell'arto alieno, deficit corticale sensoriale, atrofia focale frontale o temporo-parietale</p> <p>Allucinazioni o deliri non dovuti alla terapia dopaminergica</p> <p>Demenza corticale tipo Alzheimer (secondo i criteri NINCDS-ADRDA)</p> <p>Notevoli precoci sintomi cerebellari o notevole precoce inspiegabile disautonomia</p>	<p>Acinesia simmetrica o rigidità</p> <p>Postura del collo anomala</p> <p>Scarsa o assente risposta alla terapia con L-dopa</p> <p>Precoce disfagia o disartria</p> <p>Esordio precoce del decadimento cognitivo che include almeno due dei seguenti sintomi: apatia, disturbo di astrazione, ridotta fluenza verbale, comportamento di utilizzazione o imitazione, o segni di liberazione frontale</p>
<b>Certa</b>	<p>PSP clinicamente probabile possibile ed evidenza istopatologica di PSP tipica</p>		

u



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Allegato 1g*

***Criteria diagnostici per la Degenerazione cortico-basale***

Distonia di un arto	+++
Aprassia ideomotoria	++
Parkinsonismo asimmetrico	+
Assenza di disturbi di equilibrio e andatura	+
Mioclono focale	+++
Neuroimaging: atrofia emisferica grave e asimmetrica, controlaterale ai sintomi	++



## **2.VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

Mini Mental State Examination (MMSE)

**Allegato 2a**

Barthel Index

**Allegato 2b**

Clinical Dementia Rating Scale

**Allegato 2c**

UCLA Neuropsychiatric Inventory

**Allegato 2d**

*lla*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 2a

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION**

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

**1. Orientamento temporo-spaziale**

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

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

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

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

**2. Memoria**

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

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

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

Tentativi n. \_\_\_\_\_

**3. Attenzione e calcolo**

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

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

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

**4. Richiamo delle tre parole**

Richiamare i tre termini precedentemente imparati.

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

**5. Linguaggio**

Il paziente deve riconoscere due oggetti.

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

[0] [1] [2]

Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE".

[0] [1]

Esecuzione di un compito su comando.

Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra,

b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo.

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

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

Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato

[0] [1]

Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo.

[0] [1]

Far copiare al paziente il disegno indicato.

[0] [1]

(Il materiale delle ultime due prove va conservato)

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO** \_\_\_\_\_/30

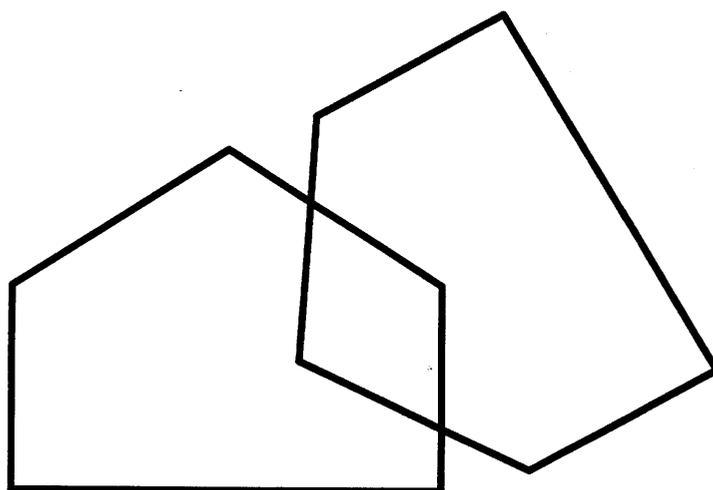
**PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO** \_\_\_\_\_/30

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Disegno:



Frase:

*V*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**CHIUDA**

**GLI**

**OCCHI**

*hs*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Mini-Mental State Examination (MMSE)**

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

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

La somministrazione richiede 10-15 minuti.

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

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

- Item 1: orientamento temporale
- Item 2: orientamento spaziale
- Item 3: memoria immediata (memoria di fissazione o registrazione)
- Item 4: attenzione e calcolo
- Item 5: memoria di richiamo
- Item 6: linguaggio-denominazione
- Item 7: linguaggio-ripetizione
- Item 8: linguaggio-comprensione orale
- Item 9: linguaggio-lettura e comprensione scritta
- Item 10: linguaggio-generazione di frase scritta
- Item 11: copia di disegno (prassia costruttiva)

*Item 1 e 2*

Le informazioni possono essere raccolte sotto forma di colloquio.

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

*Item 3*

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Item 4*

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

*Item 5*

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

*Item 6*

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

*Item 7*

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

*Item 8*

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

*Item 9*

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

*Item 10*

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

*Item 11*

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

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

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

*iw*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

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

W



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Allegato 2b*

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

	A	B	C
<b>Indice di Barthel - ADL</b>			
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Montare e scendere dal WC	0	5	10

**PUNTEGGIO BI - ADL \_\_\_\_\_/60**

**Indice di Barthel - mobilità**

Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10

**PUNTEGGIO BI - mobilità \_\_\_\_\_/40**

*A) dipendente*

*B) con aiuto*

*C) indipendente*

*h*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA  
INDICE DI BARTHEL**

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

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

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

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

Il punteggio massimo complessivo per i 10 item è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

Convenzionalmente si possono definire i seguenti limiti:

per il BI – ADL

1. da 50 a 60: persona autonoma negli atti quotidiani della vita;
2. da 15 a 45: persona parzialmente dipendente negli atti quotidiani della vita;
3. da 0 a 10: persona totalmente dipendente negli atti quotidiani della vita.

per il BI – mobilità:

1. da 30 a 40: persona autonoma nella deambulazione;
2. da 15 a 25: persona assistita nella deambulazione;
3. da 0 a 10: persona dipendente nella deambulazione.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Allegato 2c**

**La Clinical Dementia rating Scale (CDR) estesa**  
(Hughees et al, 1982; Heyman et al, 1987).

	NORMALE  <b>CDR 0</b>	DEMENZA DUBBIA <b>CDR 0.5</b>	DEMENZA LIEVE <b>CDR 1</b>	DEMENZA MODERATA <b>CDR 2</b>	DEMENZA GRAVE <b>CDR 3</b>
<b>Memoria</b>	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
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
<b>Giudizio soluzione problemi</b>	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
<b>Attività sociali</b>	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
<b>Casa e hobbies</b>	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
<b>Cura personale</b>	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.

*W*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### Clinical Dementia Rating Scale

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Allegato 2d**

**UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)**

*(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosemberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbei J: Neurology 1994;44:2308-2314)*

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
<b>Deliri</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Allucinazioni</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Agitazione</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Depressione/disforia</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Ansia</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Euforia/esaltazione</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Apatia/indifferenza</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Disinibizione</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Irritabilità/labilità</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Attività motoria</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Sonno</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione</b>	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Frequenza 0=mai  
1=raramente  
2=talvolta  
3=frequentemente  
4=quasi costantemente

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

Stress emotivo o psicologico 0= Nessuno  
1= Minimo  
2= Lieve  
3= Moderato  
4= Severo  
5= Grave

*cu*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**A. Deliri**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande)

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

W



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**B. Allucinazioni**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande)

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**C. Agitazione/Aggressività**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande)

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

*lu*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**D. Depressione/Disforia**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande)

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

*W*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**E. Ansia**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande)

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

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

Frequenza:

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

Gravità

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

Stress emotivo o psicologico:

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**F. Esaltazione/Euforia**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande).

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

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**G. Apatia/Indifferenza**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande).

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

*lu*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

H. Disinibizione

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande).

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

h



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**I. Irritabilità/Labilità**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande).

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**J. Comportamento motorio aberrante (NA)**

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande).

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

V



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**K. Sonno**

(NA)

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande).

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

11



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

SÌ (procedere con le seguenti domande).

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

Frequenza:

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

Gravità:

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

Stress emotivo o psicologico:

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

*W*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**UCLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY**

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

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

U