

Linee-guida per la valutazione medico-legale della demenza nel settore assistenziale dell'invalidità civile

***Fabio Cembrani,
Direttore Unità Operativa Medicina legale
Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento***

***Veronica Cembrani
Facoltà di Scienze Cognitive
Università degli Studi di Trento***

1. Premessa

La valutazione della demenza ¹ è un processo del tutto complesso ma di fondamentale importanza in qualunque *setting* clinico anche se le finalità della medesima possono essere diverse: esse possono riguardare, infatti, la diagnosi clinica della malattia, l'individuazione dei determinanti etiologici che ne sono all'origine, la valutazione relativa all'efficacia delle terapie e/o dei programmi riabilitativi, la determinazione del carico assistenziale e, nell'ambito medico-legale, la valutazione del "danno funzionale permanente" 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 ogni caso, indipendentemente dal *setting* clinico in cui avviene e dalle finalità che si propone, la valutazione della demenza: a) deve rispecchiare il principio dell'integrità (multi-dimensionalità) della persona che, sul piano di nostra pertinenza, 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.) il valore taumaturgico del "sì" o del "no" sempre e comunque; b) deve, invece, avvenire nel rispetto dei criteri diagnostico-clinici previsti dal DSM-IV ², attraverso la valutazione delle funzioni cognitive, dei sintomi non cognitivi, della depressione, delle eventuali co-morbilità somatiche associate ed attraverso l'esame dello stato funzionale della persona.

In tale ottica l'approccio valutativo alla persona demente deve realizzarsi con il nostro metodo peculiare orientato a valutare, *in primis*, i processi biologici per coglierne gli aspetti dinamico-funzionali ed il relativo *impairment* (o "danno funzionale permanente") nel rispetto degli indicatori di pertinenza giuridica che definiscono i presupposti (e le condizioni) dell'intervento assistenziale.

2. La valutazione medico-legale della demenza

¹ La demenza è, oggi, definita come una sindrome clinica prodotta da diversi fattori causali caratterizzata da una perdita progressiva delle funzioni cognitive, tra le quali invariabilmente la memoria, che interferisce significativamente con il funzionamento sociale (la *performance*) della persona.

² A tali criteri si riferisce, esplicitamente, la legge finanziaria del 2003: Art. ... "... Le regioni sono altresì chiamate a vigilare sull'applicazione della legge in vigore, in merito all'accertamento delle condizioni d'invalidità ed alla conseguente erogazione di indennità prevedendo, senza maggiori oneri per lo Stato, che le Commissioni deputate accolgano la diagnosi dei medici specialisti del Servizio sanitario nazionale o delle Unità di Valutazione Alzheimer secondo i criteri del DSM IV riconosciuti dall'Organizzazione mondiale della sanità"

Il *setting* medico-legale è un *setting* prevalentemente clinico anche se con delle caratteristiche del tutto peculiari: la peculiarità che gerarchizza la lista dei problemi nasce dal fatto che l' inquadramento di una determinata malattia e/o di un corteo pluri-patologico deve essere corretto non solo sul versante dell' individuazione nosografica (o della classificazione sistematica) quanto, invero, nel determinarne le conseguenze in riferimento al "*danno funzionale permanente*" di cui all' art. 1 del Decreto legislativo n. 509/1988.

Sul punto i "*luoghi comuni*" fuorvianti sono, purtroppo, numerosi.

Se è vera la circostanza che le persone che attivano il percorso assistenziale per ottenere i benefici (economici ed assistenziali) previsti per gli invalidi civili sono, di solito, persone affette da una malattia riconosciuta dalle strutture del Servizio sanitario nazionale deputate specificatamente alla diagnosi ed alla cura, la nostra capacità di formulare correttamente l' epicrisi diagnostica in termini, soprattutto, di compromissione funzionale deve essere sostenuta con rinnovata forza per almeno due ordini di motivi. In primo luogo per la circostanza che non tutte le persone che accedono ai nostri Servizi sono state indagate, in modo esaustivo, sul versante clinico. In secondo luogo, perché la nostra azione professionale non può essere riduttivamente ricondotta ad un atto "*notarile*" di mera trascrizione diagnostica che, invero, devono essere puntualmente verificata all' interno di un processo dinamico i cui *steeps* (che costituiscono *standards* di erogazione del servizio) sono costituiti:

1. dall' acquisizione della documentazione sanitaria ed amministrativa contenuta nel fascicolo personale;
2. dall' effettuazione della visita medica correlata dall' esame della documentazione clinica prodotta dalla persona;
3. dalla formulazione dell' epicrisi medico-legale, privilegiando gli aspetti funzionali rispetto alla diagnosi clinica;
4. dalla 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 dello stato di salute della persona;
5. dalla valutazione medico-legale dell' *impairment* lavorativo e, nei soggetti ultra-65enni, delle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età*;
6. dalla formulazione dei giudizi medico-legali cosiddetti "*accessori*", ancorchè obbligatori per legge (potenzialità lavorative).

La competenza clinica deve essere, dunque, la nostra più autentica matrice culturale anche se essa si connota, rispetto ad altre branche del sapere medico, di una sua intrinseca tipicità: la formulazione di un' epicrisi medico-legale deve saper, infatti, coniugare gli aspetti di stretta pertinenza nosografica con gli aspetti più propriamente funzionali, con una spiccata competenza che deve essere congiuntamente clinica, relazionale e, evidentemente, valutativa. Sono questi i tre ambiti di competenza che devono sostenere la nostra identità professionale; e sono questi gli ambiti che ci consentono di affrontare il problema della valutazione della demenza in maniera non frammentata ma coerente, attraverso un approccio multi-assiale che deve valorizzare, *in primis*, l' interpretazione dei fenomeni biologici osservati (e riferiti) caratterizzandoli sul versante sia qualitativo che quantitativo.

Tuttavia, nel *setting* medico-legale la valutazione della demenza è condizionata da evidenti criticità e da altrettanto “*luoghi comuni*” fuorvianti.

Le criticità sono in buona parte da ricondurre alle incertezze ed all’ambiguità delle norme soprattutto in punto di indennità di accompagnamento; i “*luoghi comuni*” fuorvianti sono, invece, in parte riconducibili ad un supposto automatismo valutativo in base al quale la demenza legittimerebbe sempre e comunque, anche nelle sue fasi iniziali, il diritto all’indennità di accompagnamento e, dall’altro, al riconoscere ai punteggi ottenuti con le scale di valutazione che esplorano le funzioni cognitive (il MMSE in particolare) il valore taumaturgico del “*si*” o del “*no*” sempre e comunque.

Poiché la demenza è una patologia dell’età adulta (essa interessa dall’1 al 5% della popolazione ultra-65enne con una prevalenza che raddoppia poi ogni 4-5 anni giungendo ad interessare il 30% degli ultra-80enni), le presenti Linee-guida affrontano le criticità che oggi esistono in riferimento al riconoscimento del diritto al beneficio economico dell’indennità di accompagnamento che, introdotto nel nostro sistema di sicurezza sociale con la legge 11 febbraio 1980, n. 18³, è stato in parte novellato con la Legge 21 novembre 1988, n. 508 e con il Decreto legislativo 23 novembre 1998, n. 509.

Eccone, nel dettaglio, i relativi contenuti.

-Legge 21 novembre 1988, n. 508 (“Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti”)-

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:*
 - a) *ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti;*
 - b) *ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un’assistenza continua.*

³ Art. 1 della legge n. 18/1980 (“*Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*”): “*Ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie previste dall’art. 7 e seguenti della citata legge, abbiano accertato che si trovano 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, è concessa un’indennità di accompagnamento, non reversibile, al solo titolo della minorazione, a totale carico dello Stato, dell’importo di lire 120.000 mensili a partire dal 1° gennaio 1980, elevate a lire 180.000 mensili dal 1° gennaio 1981 e a lire 232.000 mensili con decorrenza 1° gennaio 1982.*

Dal 1° gennaio 1983 l’indennità di accompagnamento sarà equiparata a quella goduta dai grandi invalidi di guerra ai sensi della Tabella E, lett. A bis, n. 1, del decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915.

La medesima indennità è concessa agli invalidi civili minori di diciotto anni che si trovano nelle condizioni sopra indicate.

Sono esclusi dalle indennità di cui ai precedenti commi gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto”.

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.*

-Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509 (“Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell' articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291”)-

(Art. 6)

1. *All' articolo 2 della legge 30 marzo 1971, n. 118, dopo il secondo comma è aggiunto il seguente:*

“Ai soli fini dell' assistenza socio-sanitaria e della concessione dell' indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”⁴.

Nella Tabella n. 1 sono sinteticamente evidenziate le aree di sovrapposizione e le peculiarità salienti introdotte dalle due norme emanate nel 1988.

Tabella n. 1: La Legge n. 508/1988 ed il Decreto legislativo n. 509/1988: le aree di sovrapposizione e le peculiarità.

	Legge 21 novembre 1988, n. 508	Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509
Requisiti sanitari per la concessione dell' indennità di accompagnamento	<i>Inabilità totale prodotta da affezioni fisiche e/o psichiche, causativa: 1. dell' impossibilità di deambulare senza l' aiuto</i>	<i>Difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età prodotta da affezioni fisiche e/o psichiche, causative: 1. dell' impossibilità di deambulare</i>

⁴ L' art. 2 della legge 30 marzo 1971, n. 118 (“Conversione in legge del decreto legge 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili”), per come integrato dall' art. 6 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 508, risulta pertanto così formulato: “Le disposizioni del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, hanno efficacia fino al 30 aprile 1971. A partire dal 1° maggio 1971, in favore dei mutilati ed invalidi civili si applicano le norme di cui agli articoli seguenti. 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 socio-sanitaria 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.

	<p>permanente di un accompagnatore;</p> <p>2. di un' assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</p>	<p>senza l' aiuto permanente di un accompagnatore;</p> <p>2. di un' assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</p>
Status lavorativo della persona	Non c'è incompatibilità con l' attività lavorativa	Nulla si dice a questo riguardo
Età anagrafica della persona	Non sono previsti limiti di età anagrafica per la concessione di questo diritto economico	Soggetti anziani ultra-65enni
Requisiti soggettivi per la concessione dell' indennità di accompagnamento	<p>E' concessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ai soli cittadini residenti sul territorio nazionale; - è incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro e di servizio 	<p>E' concessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ai soli cittadini residenti sul territorio nazionale; - è incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro e di servizio

Le norme citate, nel confermare almeno in parte le previsioni della legge n. 18/1980, introducono importanti modifiche riguardo ai presupposti ed alle condizioni che legittimano il riconoscimento dell' indennità di accompagnamento.

Le conferme riguardano le condizioni biologiche ritenute all' origine del diritto (le *“affezioni fisiche o psichiche”*) e le loro conseguenze individuate, alternativamente, nell' *“impossibilità di deambulare senza l' aiuto permanente di un accompagnatore”* e/o nella necessità di *“un' assistenza continua ... non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita”*.

Le novità attengono, invece, le pregiudiziali amministrative che legittimano il diritto (mentre la legge 18/1980 escludeva *“gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto”*, le due norme emanate nel 1988 circoscrivono il diritto ai soli cittadini residenti nel territorio nazionale purchè gli stessi non siano titolari di *“analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio”* ferma restando la facoltà, per l' interessato, di *“... optare per il trattamento più favorevole”*) e, soprattutto, la qualificazione dell' *impairment*, considerato che: a) nella legge n. 508/1988, analogamente alla legge n. 18/1980, il riferimento è alle *“affezioni fisiche e/o psichiche”* causative di una *“totale inabilità”*, senza alcuna distinzione in relazione all' età anagrafica della persona; b) nel Decreto legislativo n. 509/1988 il riferimento, limitatamente ai soggetti infra-18enni ed ultra-65enni, è, invece, alle *“difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”*⁵.

La novità sostanziale è, dunque, l' individuazione di una distinta condizione necessaria ma non sufficiente (pre-requisito) posta alla base del diritto ed identificata, rispettivamente,

⁵ E' questo un riferimento non nuovo nella legislazione di settore, considerato che già la legge n. 118/1980 individuava, all' art. 2 (*“Nuove norme e soggetti aventi titolo”*), le conseguenze delle *“minorazioni congenite o acquisite”* fondati il titolo per il riconoscimento dell' invalidità civile, distinte: a) nella *“riduzione permanente della capacità di lavoro non inferiore ad un terzo”* per i soggetti ultra-18enni; b) nelle *“difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”* per i soggetti infra-18enni che, peraltro, venivano riduttivamente ricondotte, dall' art. 17 della stessa norma (*“Assegno di accompagnamento”*), ad un concetto di incapacità di deambulazione (*“non deambulant”*) al fine della concessione di questo beneficio economico circoscritto *“ai mutilati ed invalidi civili ... che frequentino la scuola dell' obbligo o corsi di addestramento o centri ambulatoriali e che non siano ricoverati a tempo pieno ...”*.

nella “*inabilità totale*” per le persone in età lavorativa (Legge n. 508/1988) e, per i soggetti infra-18enni e per i soggetti anziani ultra-65enni, nelle “*difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della loro età*” (Decreto legislativo n. 509/1988).

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

Le due condizioni necessarie ma non sufficienti che sostengono, dunque, il diritto all’ indennità di accompagnamento sono rappresentate dalla “*inabilità totale*” e, per i soggetti infra-18enni e per gli anziani ultra-65enni, dalle “*difficoltà persistenti*” a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età come evidenzia la Tabella n. 2.

Tabella n. 2: Il percorso valutativo dell’ indennità di accompagnamento differenziato in relazione all’ età della persona

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

Questi due presupposti-requisiti (l’ *inabilità totale* e le *difficoltà persistenti*), da considerare alla stregua di condizioni necessarie ma non sufficienti per riconoscere il diritto all’ indennità di accompagnamento, devono essere meglio esplorati non tanto sul piano definitorio ⁶ quanto invece rispetto “*a che cosa*” (e con quale distinta metodologia) essi debbano essere, rispettivamente, valutati.

Rispetto alla *inabilità totale* la situazione appare del tutto chiara.

L’ *inabilità totale*, che si configura come un paradigma concettuale strettamente collegato all’ *inabilità al lavoro* dell’ invalidità pensionabile, deve essere, infatti, valutata tenuto conto del *danno funzionale permanente* di cui all’ art. 1 del Decreto legislativo n.

⁶ Mentre l’ *impairment* lavorativo, nelle sue distinte variabili quantitative (invalidità, inabilità e super-invalidità), è un concetto ampiamente conosciuto nella formazione medico-legale anche perché trasversale rispetto a tutti gli ambiti costitutivi l’ attuale sistema di sicurezza sociale (assistenza e previdenza), le *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’ età* rappresentano un ambito valutativo di più recente comparsa, del tutto peculiare dell’ attività medico-legale erogata dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo assistenziale, intriso di ampie criticità correlate, a ben vedere, ad un’ unica matrice: l’ assoluta carenza di indicazioni normative chiare e puntuali che individuino quali effettivamente sono le funzioni proprie dell’ età e con quali strumenti (*items*) e metodi valutarle.

509/1988⁷, utilizzando la criteriologia medico-legale individuata dal Decreto legislativo n. 509/1988 e le specifiche indicazioni tabellari rese esecutive dal Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992: con riferimento, dunque, all' *impairment* lavorativo prodotto da ciascuna minorazione e/o dal complesso delle minorazioni, concorrenti e/o coesistenti che esse siano, in riferimento alla capacità di lavoro generico.

Rispetto, invece, alle *difficoltà persistenti* i problemi interpretativi rimangono, invece, quanto mai aperti (ed insoluti), nonostante la Circolare del Ministero della Sanità emanata nel 1998, con un corto-circuito interpretativo quanto mai peggiore, abbia tentato di risolverli riconducendole, maldestramente, nell' alveo dell' *impairment lavorativo*.

Le normative poc' anzi ricordate lasciano, dunque, del tutto aperta la domanda del "a che cosa" ricondurre le "difficoltà persistenti" o, meglio, non la affrontano: esse individuano le due condizioni necessarie ma non sufficienti (pre-requisiti) che debbono essere accertate alla base del diritto all' indennità di accompagnamento, le identificano, distintamente, nell' "inabilità totale" e nelle "difficoltà persistenti" e riconducono queste ultime, ancorché limitatamente ai soggetti infra-18enni ed ultra-65enni, non già all' *impairment* lavorativo quanto, invece, alla capacità di *svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*⁸. *Compiti e funzioni* che non sono stati, però, individuati dal Legislatore che sembra, dunque, intenderli in maniera del tutto indistinta nelle due classi di età, con un difetto di esplicitazione che è all' origine di quel corto-circuito interpretativo che, a ben vedere, finisce per sovrapporre (confonderle) con gli *atti quotidiani della vita* che rappresentano, insieme alla capacità di deambulazione, una delle due distinte condizioni che legittimano la concessione dell' indennità di accompagnamento.

Con tutta una serie di incoerenze che bisogna ricordare.

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

Una seconda incoerenza è prodotta dall' accennato difetto di esplicitazione che finisce con il confondere (sovrapporre) i *compiti* e le *funzioni proprie della (loro) età* con gli *atti quotidiani della vita* che riproducono, nella nostra lingua, una terminologia della medicina riabilitativa anglosassone (*activity daily living*) e per la cui valutazione sono state proposte, nel tempo, moltissime *scale di valutazione multi-dimensionale* di tipo prevalentemente descrittivo; questi ultimi rappresentano, eventualmente, la base di un' ipotetica piramide che, più estensivamente, individua i *compiti* e le *funzioni proprie dell' età* ma non possono certamente (ri)-comprenderli esaustivamente o, addirittura, essere interpretati come un loro sinonimo.

Una terza incoerenza connota, infine, uno tra i più evidenti paradossi che caratterizzano, oggi, il sistema di valutazione dell' invalidità civile.

⁷ Art. 1 del Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509: "Le minorazioni congenite di cui all' articolo 2, secondo comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118, comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali, che comportano un danno funzionale permanente".

⁸ Questa locuzione non risulta essere una situazione del tutto nuova nel panorama delle leggi assistenziali, essendo già stata utilizzata dal Legislatore, ancorché limitatamente alle persone infra-18enni e specificatamente a fondamento dell' *assegno di accompagnamento*, nella Legge n. 118/1970.

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

Questo vuoto è stato colmato, a più riprese, con alcuni tentativi di interpretazione/esplicitazione delle norme che hanno finito con il creare l' effetto opposto: quello, cioè, di produrre ulteriori confusioni sul piano definitorio. Ci si riferisce, in particolare: 1. alle due circolari del Ministero della Sanità emanate, rispettivamente, il 4 dicembre del 1981 e il 28 settembre del 1992; 2. alla circolare del Ministero della Sanità (Dipartimento di Prevenzione) del 27 luglio 1998. Con la prima circolare del 1981 (prot. n. 500.6/AG. 927-58-1449) il Ministero della Sanità ha cercato di chiarire, anche se in maniera del tutto succinta, le due condizioni alternativamente previste per il diritto all' indennità di accompagnamento pur senza affrontare, come nella circolare successiva, la questione, pregiudiziale, dei *compiti* e delle *funzioni proprie dell' età*: in questa circolare viene precisato che “... si trovano nella impossibilità di deambulare gli invalidi che non deambolano neppure con l' aiuto di presidi ortopedici” e che “... per atti quotidiani della vita si intendono quelle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato che non è in grado di compierle, bisognevole di assistenza”. Con la successiva circolare del 1992, lo stesso Ministero ha identificato gli atti quotidiani della vita in “... quelle azioni elementari e anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente, così da consentire, ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana”; rispetto alla precedente, questa circolare estende il concetto di “atti quotidiani della vita” finendo con il (ri)-comprendervi anche quelle funzioni “relativamente più complesse” che, sia pur disgiunte dall' *impairment* lavorativo, consentono alla persona un' esistenza comunque dignitosa. Con la circolare del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità del 27 luglio 1998 (prot. n. DPV.4/H-F1/643) la questione interpretativa delle *difficoltà persistenti* è stata, invece, affrontata in una maniera del tutto incoerente rispetto all' ampia elaborazione dottrinale⁹, anche se con l'obiettivo dichiarato di “... semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento” e di risolvere gli ampi problemi prodotti dal venir meno della percentualizzazione dell' *impairment* lavorativo nei soggetti anziani ultra-65enni e che, per

⁹ La circolare ministeriale ha, in particolare, graduato le *difficoltà persistenti* di cui all' art. 6 del Decreto legislativo n. 509/1988 su tre livelli (identificati con l' aggettivo di “lieve”, “medio-grave” e “grave”), dedotti, “... o sulla base degli atti o procedendo ad una nuova visita medica”, in riferimento alla misura percentuale dell' *impairment* lavorativo: “... si ritiene che i diversi livelli e gradi di difficoltà possano essere ricondotti a tre classi: difficoltà lievi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 33,3% ed il 66,6% (da 1/2 a 2/3), ai fini della fruizione della assistenza protesica (art. 4, comma 2, del D.M. 28 dicembre 1992); difficoltà medio-gravi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 66,6% ed il 99%, ai fini della esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (art. 6 del D.M. 1° febbraio 1991, e successive modifiche); difficoltà gravi, corrispondenti ad invalidità pari al 100%, ai fini della esenzione dal pagamento della quota fissa sulla ricetta (art. 8, comma 16, della legge n. 537/1993 e successive modificazioni)”.

la frammentarietà delle norme, erano all' origine di ampie difficoltà sia nel campo della fornitura di protesi e/o di ausili sia nel campo dell' esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa farmaceutica ed a quella sanitaria. La richiamata circolare interpretativa, nel tentativo di porre rimedio ai problemi creati (o sfuggiti) dallo stesso Legislatore, ha compiuto un' operazione del tutto fuorviante che, nella sua apparente semplicità, ha prodotto aspetti del tutto devastanti sul piano della corretta interpretazione delle norme che disciplinano l' istituto giuridico dell' invalidità civile e di altre norme di settore; ci si riferisce, in particolare, alla normativa riguardo all' *handicap* che, sul piano interpretativo, ha sofferto dei negativi condizionamenti creati dai corto-circuiti interpretativi prodotti dalla circolare ministeriale del 1998 che, a ben vedere, hanno finito con il confondere l' *impairment* lavorativo con i *compiti* ed le funzioni proprie dell' età e la super-invalidità (l' indennità di accompagnamento) con l' handicap in situazione (con connotazione) di gravità di cui all' art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992.

Le richiamate circolari ministeriali hanno, dunque, ingenerato un ulteriore caos interpretativo ed hanno finito con il proporre ulteriori problemi applicativi nonostante l' auspicata semplificazione, anche perché:

1. non esplicitano quali sono gli *atti quotidiani della vita* in relazione ai quali devono essere valutate le *difficoltà persistenti* pur individuandoli, a più riprese, nelle *“azioni elementari”* ed anche in quelle *“relativamente più complesse ... tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente ...”*;
2. non indicano quali sono gli strumenti (*items*) da utilizzare nella valutazione delle *difficoltà persistenti* e se, analogamente all' *impairment* lavorativo, esista o meno una soglia di franchigia il cui superamento legittima il diritto all' indennità di accompagnamento;
3. corto-circuitano i problemi creati dal Legislatore graduando le *difficoltà persistenti* in relazione all' *impairment* lavorativo.

3. Le scelte politiche operate nella Provincia autonoma di Trento: la deliberazione n. 2704 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 9 aprile 1999.

La necessità di disporre di strumenti (o scale) di *valutazione multi-dimensionale* per descrivere e misurare le *difficoltà persistenti* è un' esigenza ampiamente sentita nel contesto di tutte le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale non solo nell' ottica di standardizzare i giudizi valutativi in punto di invalidità civile (e di evitare, conseguentemente, le dis-eguità sociali) ma, soprattutto, allo scopo di colmare il *gap* prodotto dalla mancanza di chiare indicazioni normative che qualificano le *difficoltà persistenti* caratterizzandole in relazione agli *atti quotidiani della vita*.

Questa necessità pratica rischia, tuttavia, di trascurare un problema di non secondario rilievo: la scelta di una *scala di valutazione multi-dimensionale*, tra le molte disponibili nel panorama internazionale, finisce per selezionare il numero dei soggetti aventi titolo all' indennità di accompagnamento in relazione alla tipologia degli *items* (o dei domini) che spaziano, appunto, tra un minimo (le attività quotidiane della vita o ADL) ed un massimo (le attività avanzate della vita o AADL). È evenienza scontata che una *scala di valutazione multi-dimensionale* orientata a descrivere la qualità del benessere, gli indici di soddisfazione della propria vita ed anche le attività domestiche della vita quotidiana (IADL) come, ad esempio, la preparazione dei pasti, lo svolgimento dei lavori domestici, l' effettuazione della spesa, il rifacimento del letto, ecc., seleziona il campione in studio in

maniera oltremodo diversa rispetto ad una scala di valutazione che esamina, come l' indice di Barthel o l' indice di Katz, pochi e ben definiti parametri che definiscono le sole attività quotidiane della vita (ADL). La scelta di una scala di valutazione influenza, dunque, non tanto il risultato osservato quanto, se la scala è quantitativa, il numero di soggetti che possono essere ritenuti "*dipendenti*" in relazione ad una serie di attività di base ed è per questa ragione che la medesima non può essere ricondotta ad una responsabilità tecnica; si tratta, infatti, di una scelta di tipo strategico che non può essere delegata alla sfera di responsabilità dei singoli valutatori che, pur sentendone la necessità nell' ottica di standardizzare i giudizi valutativi e di garantire, al contempo, l' equità sociale, devono, attivamente, sollecitare l' intervento del Legislatore.

Nel nostro contesto territoriale la situazione è stata, fortunatamente, definita con la delibera n. 2704 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 9 aprile del 1999 recante gli "*Indirizzi per la valutazione dello stato di invalidità civile nei riguardi dei soggetti ultra-65enni*" e nella cui premessa ¹⁰ sono contenute alcune precisazioni in linea con il pensiero e l' elaborazione medico-legale; l' astrattezza del parametro medico-giuridico della *capacità lavorativa* e, in particolare, l' in-applicabilità della valutazione tabellare nel caso di soggetti che non hanno ancora raggiunto o hanno concluso l' arco della vita lavorativa.

Quest' atto deliberativo, in breve ma analitica sintesi, individua:

1. le *scale di valutazione multi-dimensionale* (ed i relativi items) per la valutazione delle *difficoltà persistenti* che costituiscono il pre-requisito per l' indennità di accompagnamento;
2. i livelli progressivi di gravità delle *difficoltà persistenti*;
3. le prestazioni (sanitarie ed economico-assistenziali) erogabili a ciascun livello di gravità.

Per quanto attiene le *scale di valutazione multi-dimensionale* da utilizzare nella valutazione delle *difficoltà persistenti* riguardo alle persone anziane ultra-65enni, la Giunta provinciale di Trento ha individuato: a) l' *indice di Barthel-mobilità* per la valutazione della mobilità (deambulazione, passaggi posturali e capacità di salire/scendere le scale); b) l' *indice di Barthel-ADL* per la valutazione degli *atti quotidiani della vita* (identificati nell' alimentazione, nella vestizione, nel bagno, nella cura del corpo, nella

¹⁰ Il Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 prevede che : "Ai fini dell' assistenza sanitaria, la percentuale di invalidità dei soggetti ultra-65enni è determinata in base alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età". La predetta norma riafferma il principio già presente nell' art. 6 del Decreto legislativo 509/88 secondo il quale la valutazione dell' invalidità dei soggetti ultra-65enni deve essere ancorata alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età piuttosto che alla riduzione della capacità lavorativa ... Ciò detto il Legislatore non ha però definito su quali parametri medico-legali debba essere misurata, al pari di quanto avviene per la capacità lavorativa, la difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età, lasciando le relative Commissioni sanitarie nell' incertezza più completa. La valutazione dell' invalidità civile nei soggetti infra-18enni ed ultra-65enni non può essere infatti effettuata utilizzando i parametri fissati dalle Tabelle indicative delle percentuali di invalidità ... in quanto le stesse risultano riferirsi all' incidenza di ogni singola menomazione sulla capacità lavorativa ... Secondo la letteratura medico-legale ... il concetto della riduzione della capacità lavorativa è inapplicabile per la valutazione dell' invalidità in soggetti che sono ormai fuori dall' arco della vita lavorativa ..."

continenza urinaria e fecale e nell' utilizzo del WC); c) il *Mini mental state examination* (MMSE) per la valutazione, ove necessario, delle diverse funzioni della sfera cognitiva.

L' *indice di Barthel-mobilità*, nella versione richiamata nell' atto deliberativo, indaga i seguenti tre *items* ad ognuno dei quali corrisponde una griglia di analisi pre-definita con dei punteggi numerici:

Trasferimento sedia-letto:

- indipendente (15 punti)
- minima assistenza o supervisione (10 punti)
- capace di sedersi ma necessita di massima assistenza al trasferimento (5 punti)
- dipendente (0 punti)

Deambulazione:

- indipendente, può usare ausilio ad eccezione del girello (15 punti)
- con aiuto (o girello) per almeno 50 passi (10 punti)
- indipendente con carrozzina o in grado di compiere pochi passi con aiuto o con ausili (5 punti)
- dipendente (0 punti)

Salita scale:

- indipendente (10 punti)
- necessita di aiuto o supervisione (5 punti)
- non è in grado (0)

A seconda della combinazione dei punteggi ottenuti si ottengono le tre seguenti classi di difficoltà persistente nella funzione deambulatoria: 1. punteggio di Barthel mobilità da 30 a 40 (persona autonoma nella deambulazione); 2. punteggio di Barthel mobilità da 15 a 25 (persona assistita nella deambulazione); 3. punteggio di Barthel mobilità da 0 a 10 (persona dipendente nella deambulazione).

L' *indice di Barthel-ADL*, nella versione semplificata adottata dalla Giunta provinciale di Trento nello stesso atto deliberativo, indaga, a sua volta, i seguenti sette *items* ad ognuno dei quali corrisponde una griglia di analisi pre-definita cui corrispondono punteggi variabili (da 0 a 15) in relazione al progressivo grado di dipendenza della persona: alimentazione; bagno; cura del corpo; abbigliamento; controllo dell' alvo; controllo della minzione; trasferimento ed uso del WC. A seconda della combinazione dei punteggi ottenuti si ottengono le tre seguenti classi di *difficoltà persistenti* negli atti quotidiani della vita analizzati da questa scala di valutazione multi-dimensionale: 1. punteggio di Barthel-ADL da 50 a 80 (persona autonoma negli atti quotidiani della vita); 2. punteggio di Barthel-ADL da 15 a 45 (persona parzialmente dipendente negli atti quotidiani della vita); 3. punteggio di Barthel-ADL da 0 a 10 (persona totalmente dipendente negli atti quotidiani della vita).

Per la valutazione delle funzioni cognitive la Giunta provinciale di Trento, tra le diverse batterie neuro-psicologiche utilizzate sia nello screening e nella diagnosi della demenza ¹¹, ha, invece, scelto il MMSE (*Mini mental state examination*) proposto da

¹¹ Il MMSE, lo SPMSQ (*Short portable mental status questionnaire*) proposto da Pfeiffer nel 1975, la SIB (*The severe impairment battery*) proposta da Saxton e Coll. nel 1993 per la valutazione di numerosi domini cognitivi in persone con MMSE inferiore a 13, il MODA (*Milan Overrail dementia Assessment*) proposto da Brazzel e Coll. nel 1994 e l' ADAG-Cog. proposto da Rosen e Coll. nel 1984 ed utilizzato, prevalentemente, per scopi di ricerca.

Folstein e Collaboratori nel 1975 (Tabella n. 3); un test di rapida esplorazione delle funzioni cognitive, di veloce somministrazione (da 10 a 15 m'), costituito da undici *items* la cui somma dà un punteggio totale compreso entro un *range* da 0 a 30 (nessun deficit cognitivo).

Tabella n. 3: Il Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientamento temporo-spaziale

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

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

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

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

2. Memoria

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

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

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

Tentativi n. _____

3. Attenzione e calcolo

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

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

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

4. Richiamo delle tre parole

Richiamare i tre termini precedentemente imparati.

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

5. Linguaggio

Il paziente deve riconoscere due oggetti.

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

[0] [1] [2]

Invitare il paziente a ripetere la frase "*Tigre contro tigre*". [0] [1]

Esecuzione di un compito su comando.

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

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

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

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

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

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

(Il materiale delle ultime due prove va conservato)

PUNTEGGIO COMPLESSIVO

_____/30

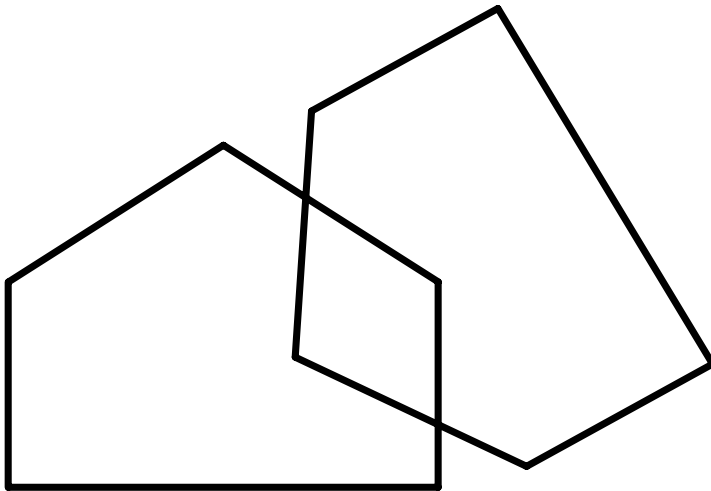
PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO

_____/30

LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE:

1) Allerta 2) Assopito 3) Stupor 4) Coma

Disegno:



Frase: _____

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

Item 1 e 2: orientamento temporale e orientamento spaziale)

Le informazioni possono essere raccolte sotto forma di colloquio e si assegna un punto per ogni localizzazione temporale esatta ed un punto per ogni localizzazione spaziale esatta. Gli elementi correttamente forniti possono essere sottolineati o cerchiati.

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

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

Item 4: attenzione e calcolo

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

Item 5: memoria di richiamo

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

Item 6: linguaggio/denominazione

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

Item 7: linguaggio/ripetizione

Si valuta l'abilità a ripetere uno sciogli-lingua "Tigre contro tigre" e si assegna un punto se la prova è eseguita correttamente.

Item 8: linguaggio/comprendimento orale

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

Item 9: linguaggio/lettura/comprendimento scritto

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

Item 10: linguaggio/generazione di frase scritta

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

Item 11: copia di disegno (prassia costruttiva)

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

Il punteggio ottenuto sommando tutti gli *items* deve essere, peraltro, sottoposto ad un fattore di correzione tenuto conto dell'età della persona e del relativo grado di scolarizzazione, come evidenzia la Tabella n. 4.

Tabella n. 4: I fattori di correzione del Mini Mental State Examination

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

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

4. La valutazione multi-assiale della demenza

Del tutto opportunamente e diversamente da quanto osservato per le *scales di valutazione multi-dimensionale* che esaminano la funzione motoria e le attività quotidiane della vita, la Giunta provinciale di Trento non ha previsto progressivi livelli di gravità delle *difficoltà persistenti* connessi alla compromissione delle funzioni cognitive.

La mancanza di una soglia di franchigia pre-definita al di sopra della quale negare (ed al di sotto della quale riconoscere comunque) il diritto all' indennità di accompagnamento consente una valutazione complessiva del deficit cognitivo che deve rispecchiare il principio dell' integrità (multi-dimensionalità) della persona e che deve avvenire, nello specifico, con la valutazione strutturata dei seguenti domini:

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

1.1 La valutazione delle funzioni cognitive

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

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

4.2 La valutazione dei sintomi non cognitivi e della depressione

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

Tra le molte scale proposte per i nostri scopi rivestono particolare interesse la *Geriatric Depression Scale* (GDS) proposta da *Yesavage e Coll.* nel 1983, la *Cornell scale for depression in dementia* e la *scala clinica per la valutazione dell' insight*.

La *Geriatric Depression Scale* (Tabella n. 5) è una tra le più diffuse scale per la valutazione di sintomi depressivi nell'anziano e può essere utilizzata anche nel paziente demente di grado lieve-moderato; se ne sconsiglia, invece, l' utilizzo nei pazienti con un MMSE inferiore a 15.

Tabella n. 5: La Geriatric depression scale

		SI	NO
1	E' soddisfatto della sua vita?	0	1
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0
3	Ritiene che la sua vita sia vuota?	1	0
4	si annoia spesso	1	0
5	Ha speranza nel futuro?	0	1
6	E' tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa?	1	0
7	E' di buon umore per la maggior parte del tempo?	0	1
8	Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1	0
9	Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0	1
10	Si sente spesso indifeso?	1	0
11	Le capita spesso di essere irrequieto e nervoso?	1	0

12	Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
13	Si preoccupa frequentemente per il futuro?	1	0
14	Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1	0
15	Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0	1
16	Si sente spesso abbattuto e triste. adesso?	1	0
17	Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere vissuta?	1	0
18	Si tormenta molto pensando al passato?	1	0
19	Trova che la vita sia molto eccitante?	0	1
20	Le risulta difficile iniziare ad occuparsi di nuovi progetti?	1	0
21	Si sente pieno di energia?	0	1
22	Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1	0
23	Pensa che la maggior parte delle persona sia in una condizione migliore della sua?	1	0
24	Le capita spesso di turbarsi per cose poco importanti?	1	0
25	Ha frequentemente voglia di piangere?	1	0
26	Ha difficoltà a concentrarsi?	1	0
27	Si alza con piacere la mattina?	0	1
28	Preferisce evitare gli incontri sociali?	1	0
29	Le riesce facile prendere delle decisioni?	0	1
30	ha la mente lucida come prima?	0	1

Totale: _____/30

La *Geriatric Depression Scale* è uno strumento composto da trenta *items*, che esclude la rilevazione dei sintomi somatici e di sintomi psicotici: le risposte sono di tipo binario (si/no) e questo rende lo strumento di facile utilizzo nei pazienti anziani con deficit cognitivo. Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 30 (massima gravità della depressione), con un *cut-off* individuato a 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti. La gravità della depressione viene quindi così rappresentata: da 0 a 10 assente, da 11 a 16 depressione lieve-moderata, 17 o superiore depressione grave.

La *Cornell Scale for Depression in Dementia* (Tabella n. 6) è una scala appositamente disegnata per la valutazione dei sintomi depressivi nei pazienti dementi; essa utilizza una serie standardizzata di *items* che sono rilevati attraverso un' intervista ad una persona che conosce il paziente (familiare o operatore) ed il colloquio semi-strutturato con il paziente. Si tratta quindi di uno strumento osservazionale, che non richiede la risposta diretta del paziente a domande formulate in modo standardizzato. La scala si compone di diciannove *items*, con risposte che hanno un punteggio graduato da 0 (sintomo assente) a 2 (sintomo severo); in popolazioni di dementi uno *score* superiore a 9 alla CDS identifica i soggetti affetti da sindrome depressiva.

Tabella n. 6: La Cornell scale for depression in dementia (CDA)

	non applicabile	assente	lieve/moderato	severo
Alterazioni del tono dell'umore				
Ansia (espressione ansiosa, ruminazione, inquietudine)	a	0	1	2
Tristezza (espressione triste, voce triste al limite del pianto)	a	0	1	2
Mancanza di reazioni ad avvenimenti piacevoli	a	0	1	2
Irritabilità (facilmente irritabile, in collera, annoiato)	a	0	1	2
Disturbi comportamentali				

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

La *Clinical insight rating scale* (CIRS) è formulata come intervista semi-strutturata e deve essere preceduta da un colloquio con il *caregiver* del paziente durante il quale sono indagate le motivazioni della visita, la durata di malattia, le modalità di insorgenza e di progressione dei deficit cognitivi, dall'impatto di questi sullo stato funzionale e la condizione clinica attuale. La CIRS (Tabella n. 7), che valuta un ampio spettro dell' *insight*, si sviluppa in quattro direzioni: a) la ragione della visita medica; b) i deficit cognitivi; c) i deficit funzionali; d) la percezione della progressione della malattia. Il punteggio complessivo varia da 0 a 8 ed ogni *item* può avere un punteggio da 0 a 2. Un punteggio di 0 equivale alla piena consapevolezza, quello di 2 alla negazione totale mancanza di *insight*; un punteggio di 1 equivale ad una parziale o minima consapevolezza dei deficit.

Tabella n. 7: La Clinical insight rating scale (CIRS)

	Insight completo	Insight Parziale	Insight nullo
Consapevolezza			

della ragione della visita	0	1	2
Consapevolezza del deficit cognitivo	0	1	2
Consapevolezza dei deficit funzionali	0	1	2
Consapevolezza della progressione della malattia	0	1	2
Totale	_____/8		

1- "Consapevolezza della ragione della visita"

Questo *item* indaga la consapevolezza della situazione. Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza che egli sta vedendo il medico per richiesta di qualcuno, per una specifica ragione. Il punteggio è misurato basandosi sulle domande del colloquio preliminare con il *caregiver* del paziente.

2- "Consapevolezza del deficit cognitivo"

Questo *item* è valutato basandosi su domande specifiche al paziente e al *caregiver* riguardanti la presenza di deficit di memoria. Il punteggio di 1 dovrebbe essere dato alla consapevolezza della disfunzione di memoria, ma che il paziente non riferisce come un problema.

3- "Consapevolezza dei deficit funzionali"

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

4- "Consapevolezza della progressione della malattia"

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

4.3 La valutazione degli eventuali indici di co-morbilità somatica

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

4.4 La valutazione dello stato funzionale

E', questo, un tema di straordinario interesse pratico-applicativo per la nostra Disciplina che sempre più si cimenta, oggi, con alcuni paradigmi valutativi di recente comparsa che trascendono il tradizionale *impairment* lavorativo medico-legalmente valutato, a seconda dei diversi ambiti, con stima percentuale (da 0 a 100%) sulla scorta di esplicite indicazioni tabellari: il riferimento è alla *valutazione multi-dimensionale* anticipata dall' Organizzazione mondiale della Sanità nel 1980, al *danno funzionale permanente* introdotto con il Decreto legislativo n. 509/1988 ed alla *diagnosi funzionale* di cui alla Legge n. 104/1992 ed alla Legge n. 68/1999 che, trascendendo in nostro abituale riferirsi ad una forma di danno circoscritto alla capacità lavorativa ("*generica*", "*specific*" e/o "*semi-specific*"), si cimenta sempre più con l' idea di un' indissolubile integrità (ed unicità) bio-psico-sociale della persona disabile, anticipata, oltre mezzo secolo fa, dal paradigma della *validità* proposto da Cesare Gerin.

Ed è, questo, un tema che deve essere progressivamente sviluppato nei suoi aspetti pratico-applicativi anche perché è proprio su di esso che si giocano, oggi e nel prossimo futuro, oltre alla nostra credibilità professionale, le prospettive di sviluppo della Medicina legale pubblica cui apparteniamo e del cui destino siamo, comunque, responsabili.

Gli strumenti che, senza inventare nulla, ci consentono di approcciare, in modo corretto e sistematico, la valutazione delle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età* (le *scale di valutazione multi-dimensionali*), sono numerosissimi; la ricerca medica ¹², specie nel campo riabilitativo e neurologico, ha, infatti, prodotto una serie davvero impressionante di scale di valutazione e di quantificazione sia dei sintomi (ad es. il dolore, i disturbi emotivi, i disturbi della memoria, i disturbi del sonno, ecc.), sia delle diverse malattie (esistono, ad es., specifiche scale di valutazione per la sclerosi multipla, per la sclerosi laterale amiotrofica, per la malattia di Parkinson, per le malattie midollari, per l'epilessia, ecc.), sia, infine, delle disabilità da queste prodotte in riferimento sia alle funzioni della vita quotidiana che alla qualità (percepita) della vita stessa. Queste *scale di valutazione multi-dimensionale* possono essere ricondotte a due tipologie fondamentali: a) le *scale di valutazione multi-dimensionale* cosiddette *qualitative (o descrittive)*, come ad esempio la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (*ICF*) approvata, il 22 maggio 2001, dall'Organizzazione mondiale della sanità; b) le *scale di valutazione multi-dimensionale* cosiddette *quantitative* (in grado, cioè, di misurare quanto osservato o, almeno, di inserire le osservazioni in una griglia di analisi quantitativa), come ad esempio l'*indice di Barthel*, l'*indice di Katz*, il *Mini mental state*, il *Short portable mental status questionnaire*, ecc.

Ed ancora: la stragrande maggioranza di queste *scale di valutazione multi-dimensionale* sono formate da *items* che si desumono attraverso il resoconto di quanto direttamente dichiarato, in sede di intervista, dalla persona e/o dai caregivers (ad. es. l'*indice di Barthel* e l'*indice di Katz*); altre, invero in minoranza, individuano *items* che richiedono l'effettuazione di veri e propri tests di performance (ad. es. il *Physical performance test* di Reuben e Siu).

Una tra le scale di valutazione multi-dimensionale più conosciute è quella proposta da Katz nel 1963 (*Katz index of daily living*) per la riabilitazione di pazienti con esiti di fratture del collo del femore: una scala di facile somministrazione, con tempi medi di lavoro del tutto contenuti (circa 5 minuti), utilizzabile nella riabilitazione e nella routine clinica, che consente di graduare la dipendenza (le *difficoltà persistenti*) della persona su 6 livelli progressivi di gravità (Tabella n. 8).

Tabella n. 8: La scala di valutazione multi-dimensionale di Katz

¹² Le numerosissime scale di valutazione multi-dimensionale ottemperano ai criteri di validazione principali e secondari che sono stati così individuati:

1. obiettività (i dati raccolti devono essere valutati ed interpretati indipendentemente dall'esperienza dell'esaminatore e chiunque la utilizza deve ottenere un identico risultato al termine della valutazione della stessa persona),
2. affidabilità (gli *items* di ciascuna scala di valutazione devono saper misurare correttamente la caratteristica in esame);
3. validità (una metodica è valida quando misura effettivamente le caratteristiche osservate);
4. standardizzazione dei dati (le scale di valutazione devono fornire un punto di riferimento per la classificazione dei dati raccolti);
5. confrontabilità;
6. economia (breve tempo di esecuzione, poco materiale di consumo, facile esecuzione e valutazione);
7. utilità;
8. sensibilità/specificità.

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

Nella scala sono considerati sei *items* (igiene personale, vestirsi, uso del gabinetto, continenza, alimentazione e capacità di spostamento) con una scala progressiva del grado di dipendenza (individuata da A a G): A (indipendente riguardo a nutrirsi, continenza, capacità di spostarsi, usare il WC, vestirsi e fare il bagno); B (indipendente riguardo a tutte queste funzioni meno una); C (indipendente riguardo a tutto eccetto fare il bagno ed un'altra funzione); D (indipendente riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi ed un'altra funzione); E (indipendente riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi, andare al WC ed un'altra funzione); F (indipendente riguardo a tutto eccetto fare il bagno, vestirsi, andare al WC, capacità di spostarsi ed un'altra funzione); G (dipendente in tutte e 6 le funzioni).

Una seconda scala di valutazione quantitativa è quella proposta da Barthel nel 1965 (Tabella n. 9) per la valutazione delle attività quotidiane della vita in pazienti con esiti di ictus cerebrale e della quale, esistono alcune differenti versioni, più o meno semplificate; una scala di facile somministrazione, con tempi medi di lavoro del tutto contenuti (da 5 a 10 minuti), utilizzata nella routine clinica, che consente di graduare la dipendenza (le *difficoltà persistenti*) all'interno di uno score da 0 a 100 (100 punti significano la buona indipendenza della persona).

Tabella n. 9: La scala di valutazione multi-dimensionale di Barthel

FUNZIONE	CON AIUTO	INDIPENDENTE
Alimentazione	5	10
Muoversi dalla sedia a rotelle al letto e ritorno	5-10	15
Igiene personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, radersi, lavarsi i denti)	0	5
Spostarsi sul/dal vater	5	10
Fare il bagno	0	5

Camminare su una superficie piana	10	15
Salire e scendere le scale	5	10
Vestirsi	5	10
Controllo sfinterico (intestino)	5	10
Controllo sfinterico (vescica)	5	10

In questa scala, diversamente alla precedente, sono considerate dieci attività della vita quotidiana comprese la continenza vescicale e quella intestinale ed all' esaminatore non sono chieste particolari conoscenze; l' attendibilità intra ed inter-osservatori è buona ed il solo difetto di questa scala di valutazione multi-dimensionale è che la sensibilità al test non è, purtroppo, molto alta.

Una terza scala di valutazione multi-dimensionale è quella proposta, nel 1990, da Reuben e Siu per misurare le funzioni motorie globali, utilizzata, prevalentemente, nel campo riabilitativo (Tabella n. 10).

Tabella n. 10: La scala di valutazione multi-dimensionale di Reuben e Siu

FUNZIONE	4 punti	3 punti	2 punti	1 punto	0 punti
Scrivere una frase	Meno 10 sec	10-15 sec	15, 5-20 sec	Più di 20 sec	incapace
Simulare il mangiare	Meno 10 sec	10-15 sec	15, 5-20 sec	Più di 20 sec	incapace
Sollevarre un libro	Meno 2 sec	2,5-4 sec	4,5-6 sec	Più di 6 sec	incapace
Mettersi e togliersi una giacca	Meno 10 sec	10-15 sec	15, 5-20 sec	Più di 20 sec	incapace
Raccogliere moneta dal pavimento	Meno 2 sec	2,5-4 sec	4,5-6 sec	Più di 6 sec	incapace
Girare di 360°	Salta	Salta	Passi continui	Salta	Passi discontinui
Camminare di 50 piedi	Meno 15 sec	15,5-20 sec	20,5-25 sec	Più di 25 sec	incapace
Salire rampa di scale	Meno 5 sec	5.5-10 sec	10,5-15 sec	Più di 15 sec	incapace
Salire le scale	Numero di rampe di scale in salite e discesa (massimo 4)				incapace

Questa scala (di cui ne esistono alcune variabili: delle tredici funzioni originarie ne sono state conservate 9 anche se esiste una variante semplificata che considera sette *items* rinunciando alla funzione "salire le scale") ha, rispetto alle precedenti, alcuni svantaggi ed alcuni vantaggi. Gli svantaggi consistono nel lungo arco di tempo necessario per la sua somministrazione, compreso tra i 15 ed i 20 minuti e nella circostanza che questa scala di valutazione, per i nostri scopi, è in grado di misurare solo alcuni indici motori; i vantaggi, particolarmente importanti per la nostra attività, consistono, invece, nella possibilità di

desumere obiettivamente (non su base anamnestica) le *difficoltà persistenti* rilevate, di cronometrare i tempi di esecuzione nei diversi *tests* di performance proposti per ciascuna funzione e di graduare le dis-funzioni rilevate all' interno di uno score compreso tra 0 (incapacità) e 36 punti (28 punti nella variante semplificata).

Una quarta scala di valutazione multi-dimensionale di tutto interesse è quella proposta da Tinetti (*Tinetti balance and Gait Scale*) per la valutazione predittiva del rischio di caduta (Tabella n. 10): uno strumento di semplice utilizzo che esamina la funzione dell' equilibrio e la deambulazione che si è dimostrato essere un buon indice predittivo di caduta. Punteggi uguali o inferiori ad 1 ottenuti con questa scala di valutazione multi-dimensionale indicano che la persona non è deambulante; punteggi tra 2 e 19 indicano che la persona deambula con rischio di caduta mentre punteggi uguali o superiori a 20 indicano che la deambulazione è a basso rischio di caduta.

Tabella n. 11: La scala di Tinetti per il rischio di caduta

Equilibrio

Equilibrio da seduto	Si inclina, scivola dalla sedia: 0 È stabile, sicuro: 1
Alzarsi dalla sedia	È incapace senza aiuto: 0 Deve aiutarsi con le braccia: 1 Si alza senza aiutarsi con le braccia: 2
Tentativo di alzarsi	È incapace senza aiuto: 0 Capace, ma richiede più di un tentativo: 1 Capace al primo tentativo: 2
Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco): 0 Stabile grazie all' uso di un ausilio: 1 Stabile senza ausili: 2
Equilibrio nella stazione eretta prolungata	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco): 0 Stabile ma a base allargata (i malleoli mediali distano più di 10 cm): 1 Stabile, a base stretta, senza supporti: 2
Romberg	Instabile: 0 Stabile: 1
Romberg sensibilizzato	Comincia a cadere: 0 Oscilla ma si riprende da olo: 1 Stabile: 2
Girarsi di 360°	A passi discontinui: 0 A passi continui: 1 Instabile: 0 Stabile: 1
Sedersi	Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia): 0 0 Usa le braccia o ha un movimento: 1 Sicuro: 2

Totale: _____

Andatura

Inizio della deambulazione	Una certa esitazione: 0 Nessuna esitazione: 1
Lunghezza ed altezza del passo	Piede destro: il piede non supera il sinistro: 0 il piede supera il sinistro: 1 il piede non si alza completamente dal

	pavimento: 0 il piede si alza completamente dal pavimento: 1 Piede sinistro: il piede non supera il destro: 0 il piede supera il destro: 1 il piede non si alza completamente dal pavimento: 0 il piede si alza completamente dal pavimento: 1
Simmetria del passo	Il passo destro ed il sinistro non sono uguali: 0 Il passo destro e sinistro sono uguali: 1
Continuità del passo	Interrotto o discontinuo: 0 Continuo: 1
Traiettoria	Deviazione marcata: 0 Deviazione lieve o uso di ausili: 1 Assenza di deviazione e di uso di ausili: 2
Tronco	Marcata oscillazione o uso di ausili: 0 Flessione ginocchia o schiena o allargamento delle braccia: 1 Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili:
Cammino	I talloni sono separati: 0 I talloni quasi si toccano durante il cammino: 1

Totale: _____

TOTALE ANDATURA + EQUILIBRIO: _____/28

Altre *scale di valutazione multi-dimensionale* sono orientate a valutare le attività domestiche della vita quotidiana (*instrumental activities of daily living* ampiamente note con l' acronimo IADL) e, ancora, le attività avanzate ancorché non essenziali della vita quotidiana ivi compresa la qualità percepita del benessere (come ad es. la *Qualità of well-bein scale* postulata Kaplan e Coll. nel 1978) e/o l' indice di soddisfazione della propria vita (come ad es. il *Life satisfaction index* proposto da Neugarten e Coll. nel 1989). Queste scale di valutazione hanno, tuttavia, un interesse pratico del tutto scarso per la valutazione di quello che abbiamo definito essere, con riguardo agli anziani ultra-65enni, il pre-requisito (le *difficoltà persistenti*) alla base dell' indennità di accompagnamento, pur potendo rappresentare un valido ausilio per determinare il funzionamento complessivo della persona in altri contesti assistenziali e nell' handicap in particolare.

5. La valutazione della gravità della demenza

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

Purtroppo una scala di valutazione unica che soddisfa, contestualmente, questi criteri quali-quantitativi non è stata ancora validata sul piano internazionale e, parimenti,

proposte operative che incrociano i risultati dei *tests* che indagano i sintomi cognitivi (ad esempio il MMSE) con le attività della vita quotidiana (le ADL), pur essendo state formulate, hanno ancora un' area di sovrapposizione così ampia che non sono purtroppo utilizzabili per le nostre finalità.

Queste criticità possono essere superate, almeno, in parte ricorrendo a due scale di valutazione che, uniformandosi ai criteri diagnostici della demenza proposti dal DSM IV, forniscono una valutazione complessiva della demenza e del relativo indice di gravità.

Il riferimento è alla *Global Deterioration Scale* (GDS) e, soprattutto, alla *Clinical Dementia rating* (CDR) che, proposta negli anni '80 da Hughes e Coll., ha subito alcune revisioni fino all' ultima proposta da Morris nel 1993 (Tabella n. 12).

Tabella n. 12: La Clinical Dementia rating Scale (CDR)

	NORMALE	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento o topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali nel lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbio compromissione e nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire

Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromission e della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
-----------------------	---	---	---	--	---

Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria
-----------------------	---	------------------------	--	---	---

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

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

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

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

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 e 3, dove: 0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1= compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre categorie (orientamento, giudizio e *problem solving*, attività sociali, familiari, hobbies e cura personale) sono, invece, secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria.

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

1. il punteggio globale della CDR equivale a quello della categoria della memoria (CDR= M) quando in almeno tre categorie secondarie si ottiene un punteggio uguale a quello della memoria in modo che quattro valutazioni si trovano sulla stessa colonna verticale delle cinque in cui si compone la scala;
2. nel caso in cui in tre o più categorie secondarie si ottenga un punteggio differente (superiore o inferiore) rispetto a quello della memoria, il punteggio CDR è uguale a quello con il maggior numero di categorie secondarie qualunque sia il risultato di M;

3. nel caso in cui, infine, il punteggio di tre categorie secondarie identifica una colonna posta da un lato di M e quello delle altre due colonne si trovi sul lato opposto, il punteggio CDR sarà quello di M;
4. nel caso in cui M sia uguale a 0,5, il CDR sarà di 1 se almeno tre categorie secondarie hanno un punteggio uguale o superiore a 1;
5. nel caso in cui M sia uguale a 0, il CDR sarà 0 a meno che non vi sia compromissione uguale o superiore a 0,5 in due o più categorie secondarie.

Con la scala CDR i pazienti affetti da demenza possono essere perciò classificati in 5 livelli progressivi di gravità: stadio 1 (compromissione lieve); stadio 2 (compromissione moderata); stadio 3 (compromissione grave); stadio 4 (demenza molto grave quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicole); stadio 6 (demenza terminale quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti).

6. Conclusioni

La valutazione medico-legale della demenza risente di un' ampia area di incertezza determinata dalla frammentarietà delle norme in punto di indennità di accompagnamento ed alla mancata individuazione, in molti contesti territoriali del nostro Paese, di precisi criteri diagnostici che devono orientare la prassi valutativa.

Nella Provincia autonoma di Trento, l' atto deliberativo n. 2704 approvato dalla Giunta provinciale di Trento il 9 aprile 1999 identifica le *scale di valutazione multi-dimensionale* da utilizzare per la valutazione della persona anziana ultra-65enne, i livelli di gravità delle *difficoltà persistenti* e, per ciascuno di essi, i benefici economici ed assistenziali previsti.

Del tutto correttamente la Giunta provinciale di Trento ha, dunque, stabilito che il parametro giuridico sul quale deve essere effettuata la valutazione medico-legale nelle persone ultra-65enni non è l' *impairment lavorativo* valutato in stima percentuale ma, coerentemente a quanto previsto dal Decreto legislativo n. 509/1988, le *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della loro età: difficoltà persistenti* che devono essere graduate utilizzando esplicitamente *scale di valutazione multi-dimensionale* identificate nelle ADL-Bartel, nelle ADL-mobilità e nel Mini mental state examination.

Per la valutazione delle funzioni cognitive della persona ultra-65enne la Giunta provinciale di Trento ha, dunque, identificato lo strumento di valutazione testistica nel MMSE prevedendo, altresì, che, attraverso il suo utilizzo, le difficoltà persistenti possono essere graduate in 4 livelli progressivi di gravità, identificati (punto 1, lettera a):

1. nella "normalità";
2. nel "deficit lieve";
3. nel "deficit medio";
4. nel "deficit grave").

Questi livelli di gravità progressiva del "... difetto funzionale obiettivato", diversamente da quanto è stato previsto nel citato atto deliberativo per le altre *scale di valutazione multi-dimensionale* (ADL-Barthel e ADL-mobilità), non sono stati, tuttavia, associati ad espliciti e pre-definiti range numerici (o livelli di franchigia) che li definiscono; nello stesso atto deliberativo ci si limita, infatti, ad affermare che il "deficit lieve e medio delle funzioni

cerebrali superiori” non consente di riconoscere il diritto all’ indennità di accompagnamento (punto 2, comma 2) che, invece, deve essere riconosciuto nel solo caso in cui la compromissione delle funzioni cognitive sia *“grave”*, anche se tale evenienza non viene esplicitamente formalizzata nello stesso atto deliberativo.

Se, dunque, il *“... difetto funzionale obiettivato”* prodotto dalla compromissione delle funzioni cerebrali superiori chiosato con l’ aggettivo *“lieve”* e *“medio”* esclude il diritto dalla indennità di accompagnamento che, invece, viene riconosciuto per le persone con un deficit cognitivo di tipo *“grave”*, due sono gli interrogativi aperti. Il primo riguarda i motivi per i quali l’ atto deliberativo n. 2704 approvato dalla Giunta provinciale di Trento il 9 aprile del 1999 non sia a tale riguardo esplicito; il secondo interrogativo riguarda, invece, la questione del rispetto a *“che cosa”* la progressione della gravità della compromissione cognitiva testisticamente quantificata con il MMSE debba essere accertata e con quali eventuali ulteriori strumenti di misura.

La risposta al primo quesito può essere solo abbozzata: probabilmente la Giunta provinciale di Trento non ha voluto *“ingessare”* il sistema valutativo individuando il valore soglia del MMSE (il livello di franchigia) al di sotto del quale riconoscere sempre e comunque il diritto alla indennità di accompagnamento e, viceversa, al di sopra del quale negarlo. Scelta coraggiosa ma condivisibile sul piano tecnico poiché il DSM-IV, che la Legge Finanziaria 2003 ha individuato come il sistema di classificazione internazionale che deve orientare la diagnosi di demenza, nel dettare i criteri diagnostici della demenza li slega, definitivamente, dalla valutazione neuro-psicologica testistica che, invece, era richiesta nei criteri diagnostici NINCDS-ADRDA e raccomandata nei criteri diagnostici dell’ ICD-10 elaborata dall’ Organizzazione mondiale della sanità.

Considerazione, questa, che sembra favorire la risposta alla domanda rispetto a *“che cosa”* la progressione della gravità della compromissione cognitiva testisticamente evidenziata con il MMSE debba essere accertata e con quali eventuali ulteriori strumenti di misura.

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

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

- a) dalla rigorosa raccolta anamnestica (fornita anche ai *caregivers*);
- b) dall’ accurato esame obiettivo finalizzato all’ esame della compromissione cognitiva, dei sintomi non cognitivi (della depressione e dei disturbi comportamentali eventualmente associati) e degli altri indici di disabilità prodotti dalle co-morbilità somatiche, in riferimento agli atti quotidiani della vita (ADL Barthel) ed alla deambulazione (Barthel-mobilità);
- c) dal completamento dell’ esame obiettivo con l’ effettuazione del MMSE e degli altri eventuali test integrativi per la valutazione dei sintomi non cognitivi;
- d) dall’ inquadramento della gravità della demenza utilizzando i 5 livelli progressivi di gravità della CDR;

- e) dalla formulazione di una epicrisi medico-legale che deve tener comunque conto di tutti gli elementi raccolti in sede anamnestica e clinica e che deve saper coerentemente coniugare tutti i dati semeiologici.

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

Indennità di accompagnamento che, nel caso delle persone dementi, potrà essere riconosciuta, sulla scorta delle indicazioni dettate dalla Giunta provinciale di Trento del 1999, nei casi in cui si documenti almeno una tra le seguenti situazioni:

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

-BIBLIOGRAFIA-

1. ALEXOPULOS G.S., ABRAMS R.C., YOUNG B.C., SHAMOIAN C.A.: *Cornell scale for depression in dementia*, Biol. Psychiatr. 1988; 23: p. 271 e ss.
2. CEMBRANI F., *Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili*, Temi Editore, Trento, 1991.
3. CEMBRANI F., *Handicap in situazione di gravità. Quale definizione*, in Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto 9-10 febbraio 2001, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche, Assessorato ai Servizi Sociali, 2002.
4. CEMBRANI F., LARENTIS C., MERZ F., GOTTARDI S., *L' anagrafe dell' handicap nella Provincia autonoma di Trento: il bilancio dell' attività della Commissione Sanitaria prevista dall' art. 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 a dieci anni dalla approvazione della Legge quadro sull' handicap*, Difesa Sociale, 3, 2003: p. 113 e ss.
5. CEMBRANI F., *L' handicap in situazione (con connotazione) di gravità: quale chiave di lettura per la definizione*, Iura Medica, 3, 2003: p. 519 e ss.
6. CEMBRANI F., *Esegesi e limiti del concetto di handicap in situazione di gravità*, in Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l' accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Ferrara 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebienne, 2005.
7. CEMBRANI F., *La Medicina Legale nella Provincia autonoma di Trento alla luce della deliberazione n. 386 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 21 febbraio 2003: bilancio "fallimentare", politica "di saldo" o "scelta innovatrice" per la Disciplina?*, in Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l' accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Ferrara 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebienne, 2005.
8. CEMBRANI F., *Prospettive attuali e future nella valutazione dello stato di bisogno: esperienze a confronto*, in Atti del Convegno Nazionale "La società di tutti. Nuove politiche per la famiglia, disabili e non autosufficienti", Trento 30 settembre-1 ottobre 2004, Edizioni Provincia autonoma di Trento.
9. CEMBRANI F., cfr. voce *Invalidità* e voce *Handicap in situazione (con connotazione) di gravità*, in *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci Faber Edizioni, 2004.
10. CEMBRANI F., NORO G., cfr. voce *Valutazione multi-dimensionale*, in *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci Faber Edizioni, 2004.
11. CEMBRANI F., RODRIGUEZ D., APRILE A., ARSENI A., *La libertà dallo stato di bisogno: l' evoluzione normativa e la situazione attuale*, in (a cura di Cembrani F.) *Disabilità e libertà dal bisogno. L' anagrafe dell' handicap della Provincia autonoma di Trento*, Erickson Editore, Trento, 2005.
12. CEMBRANI F., *La valutazione della demenza nell' ambito medico-legale per la concessione dei benefici di invalidità civile*, Giornale di Gerontologia, 2006; 5: p. 289 e ss.

13. CEMBRANI F., *Evoluzione concettuale dell' handicap: la legge n. 104/1992 verso una futura applicazione*, in Atti del Convegno nazionale "Dalla valutazione dell' invalidità civile a quella bio-psicosociale: il percorso della diagnosi funzionale dalla legge 104/92 all' ICF, L' Aquila 11-13 maggio 2006, in corso di stampa.
14. CEMBRANI F., DEL VECCHIO S., BAVARESCO S., BALDANTONI E., *Le "difficoltà persistenti" a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età e l' "indennità di accompagnamento": vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell' invalidità civile*, Rivista italiana di Medicina legale, in corso di stampa.
15. CEMBRANI F. *Proposta di (ri)-vitalizzazione in invalidità civile*, in Atti del 5° Congresso Nazionale del Coordinamento dei medici legali delle Aziende Sanitarie, Genova 8-11 novembre 2006, in corso di stampa.
16. CINGOLANI M., *La Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF)*, in (a cura di Cembrani F.) *Disabilità e libertà dal bisogno. L' anagrafe dell' handicap della Provincia autonoma di Trento*, Erickson Editore, Trento, 2005.
17. FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., MCHUG P.R., *Mini mental state a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, J. Psychiat. Res., 1975; 12: p. 189 e ss.
18. YESAVAGE J.A., ROSE T.L., LUM O., HUANGH V., *Development and validation of geriatric depression screening: a preliminary report*, J. Psychiatr Res, 1983;17: p. 37 e ss.
19. GERIN C., *La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile*, Giuffrè Editore, Milano, 1987.
20. KATZ S., FORD A.B., MOSKOWITZ R.W., JACKSON B.A., JAFFE M.W., *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*, JAMA, 1963; 185: p. 914 e ss.
21. MARTELLONI M., *Relazione introduttiva*, in Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l' accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Ferrara 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebienne, 2005.
22. MARTINI M., SCORRETTI C., *L' invalidità civile*, Essebienne Editore, Noceto (Parma), 1999.
23. MAHONEY F.I., BARTHEL D.W., *Functional evaluation. The Barthel index*, Md State Med. J, 1965; 14: p. 61 e ss.
24. MASUR H., *Scale e punteggi. Quantificazione dei deficit neurologici*, Edi-Ermes Editore, Milano, 1999.
25. OTT B.R., LAFLECHE G., WHELIHAN W.M., BUONGIORNO G.W., ALBERT M.S., FOGEL B.S.: *Impaired awareness of deficits in Alzheimer's Disease*, Alzheimer Dis. Assoc. Dis. 1996;10: p. 68 e ss.
26. PECCARISI C., CALTAGIRONE C. BUGIANI O., (a cura di) *Rating scales delle demenze*, Edifarm, Milano, 2005.
27. REGIONE EMILIA ROMAGNA, *Linee-guida per la diagnosi e la valutazione del paziente affetto da demenza*, 2000.
28. REUBEN D.B., SUI A.L., *An objective measure of physical function of elderly outpatients*, J. Am. Geriatr. Soc., 1990; 38: p. 1105 e ss.

29. TINETTI M.E., *Performance-oriented assesement of mobility problems in elderly patients*, JAGS, 1986;34: p. 119 e ss.

30. VALLOTTI B., ZANETTI O, BIANCHETTI A., TRABUCCHI M., *L'insight del paziente demente: riproducibilità di due strumenti di valutazione*. Giornale di Gerontologia, 1997; 45: p. 341 e ss.