

**Valutazione Neuropsicologica**

**Data: 13/11/2020**

Nome Paziente:	<b>SXXXX VXXXXX</b>	Data di Nascita:	<b>5/4/1943</b>				
Sesso:	<b>F</b>	Età:	<b>77</b>	Scolarità:	<b>5</b>	Lateraltà Manuale:	<b>Destrimane</b>
Telefono:	<b>---</b>						
Residenza:	<b>XXXXXXXX</b>						
Motivazione di Invio:	<b>Valutazione globale funzioni cognitive per sospetto deterioramento cognitivo</b>						

**Commento**

La Sig.ra S. giunge alla mia osservazione su richiesta della figlia per una valutazione globale dello stato cognitivo.

L'anamnesi medica documenta trattamento farmacologico in corso con terapia preventiva antitrombotica (cardioaspirina), assunzione di farmaci per l'ipercolesterolemia e terapia antipertensiva.

Non si evidenziano altri aspetti clinicamente rilevanti.

In data 13/11/2020 si effettua una valutazione domiciliare mediante colloquio clinico e screening neuropsicologico standardizzato volto ad indagare e quantificare le difficoltà cognitive e comportamentali osservate. Nella stessa data è stato svolto anche un colloquio con i familiari (figlia) al fine di ottenere altre informazioni circa l'evoluzione delle abilità cognitive e comportamentali della paziente, a casa e nella vita di tutti i giorni.

Durante il colloquio e la valutazione neuropsicologica, la paziente si mostra collaborante e ben disposta ad eseguire i test di screening. La condotta appare adeguata sia dal punto di vista comportamentale (verbale e non verbale) che emotivo-motivazionale, sebbene sia presente una leggera deflessione del tono dell'umore verso il basso e una velata apatia. Dalla somministrazione della BAI (Back Anxiety Inventory), strumento self-report per valutare la gravità della sintomatologia ansiosa, la paziente ottiene un punteggio totale di 8 che rappresenta la presenza di un'ansia di tipo lieve (8-15 ansietà media).

Ad un'analisi qualitativa, l'eloquio spontaneo appare fluente, corretto dal punto di vista sintattico e del contenuto; sul versante della produzione, invece, durante l'eloquio, si è manifestata la presenza di qualche anomia. La paziente non sembra mostrare piena consapevolezza del motivo della visita, delle proprie difficoltà cognitive e di memoria, e delle conseguenti ripercussioni sul funzionamento delle

attività di vita quotidiana imputando, perlopiù, lo stato attuale alla stanchezza e allo stress conseguente alla situazione generale (lockdown, possibilità di uscire meno, prendersi cura della casa e del marito affetto da malattia Alzheimer). La descrizione del proprio stato cognitivo globale appare vaga, l'esordio dei primi sintomi è riferito in modo incerto.

Dal punto di vista neurovegetativo non si riscontrano evidenti difficoltà: il ciclo sonno-veglia appare stabile, in linea con i cambiamenti fisiologici legati all'età, con la presenza di sporadici risvegli notturni. Riferisce appetito nella norma, la presenza di una debolezza persistente e una maggiore irritabilità.

L'orientamento spaziale appare più conservato rispetto a quello temporale (asserisce di trovarsi nell'anno 2000, incertezza nel riferire la data durante la valutazione). La paziente riporta correttamente la maggior parte delle informazioni di carattere personale (nome, cognome, data e luogo di nascita): mostra, invece, qualche titubanza nel riferire in modo esatto la sua età attuale (77 anni). Anche la descrizione e il racconto delle principali mansioni svolte durante la giornata appare coerente: la paziente esce da sola la mattina per fare spese e provvede alle faccende domestiche.

Informazioni utili, soprattutto ai fini della progettazione del trattamento riabilitativo, sono emerse dalla somministrazione del CRI-q (Cognitive Reserve Index), utilizzato al fine di quantificare la RISERVA COGNITIVA, definita come la capacità individuale di resistere al deterioramento cognitivo fisiologico o patologico.

Dai risultati emerge un punteggio totale di 79 che corrisponde ad un indice CRI Medio/basso. Dall'analisi qualitativa dello strumento è altresì possibile evidenziare una buona capacità pratico-manuale, risultante dal tipo di lavoro svolto (sarta) – elemento utile, in termini di risorse possedute, sul quale fare leva nella fase di trattamento.

## **Profilo Cognitivo**

La valutazione neuropsicologica globale attraverso prove standardizzate (Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE) ha permesso di delineare il seguente profilo di funzionamento cognitivo: le prestazioni cognitive globali e le prestazioni nei vari sottodomini analizzati appaiono compromesse in maniera evidente. La paziente presenta ingenti difficoltà di attenzione e orientamento (soprattutto per ciò che concerne l'orientamento temporale) Appaiono più che evidenti i deficit di memoria, sia nella componente immediata che in quella differita, dimostrandosi non adeguatamente capace di ritenere informazioni nella memoria a breve termine. Tale difficoltà, di conseguenza, si riflette in una successiva incapacità di richiamare dalla memoria il materiale precedentemente presentato. Gli aspetti legati al richiamo delle informazioni presentate appaiono, invece, meno compromessi: se adeguatamente aiutata riesce a recuperare le informazioni principali dalla memoria.

Il test delle fluenze verbali, volto a indagare l'estensione e la fruibilità del magazzino di memoria semantico-lessicale attraverso la capacità di ricerca rapida di parole nel lessico interno e la produzione

verbale, è deficitario: la flessibilità cognitiva, indagata in termini di capacità di generare una strategia efficace per ricercare le parole appropriate all'interno della memoria semantica, appare compromessa. Anche le abilità linguistiche risultano marcatamente compromesse, in particolar modo nel dominio della comprensione, accanto ad evidenti problemi di denominazione su base visiva e difficoltà di recupero degli aspetti semantici relativi alle informazioni presentate.

Gli aspetti legati alla produzione verbale, in lettura e scrittura, appaiono invece più conservati: qualche difficoltà presentata nella prova di ripetizione di parole potrebbe essere verosimilmente ascrivibile ai più cospicui deficit di comprensione.

Adeguate, invece, le abilità visuo-percettive: appare preservata la capacità di riconoscere forme e identificare lettere destrutturate. Nelle abilità visuo-spaziali, invece, la paziente mostra difficoltà nella copia dei disegni dal punto di vista prassico-costruttivo, di programmazione e di pianificazione dell'azione (Test dell'orologio).

Nella stessa data, dal colloquio con i familiari (figlia) emerge una certa preoccupazione concernente i cambiamenti osservati nella paziente, diventati più evidenti a partire dal periodo di Aprile/Maggio 2020, sia dal punto di vista comportamentale che delle abilità e capacità possedute. Sono riportati diversi episodi di confusione e dimenticanze circa l'assunzione giornaliera delle terapie farmacologiche, difficoltà nello svolgere le abituali mansioni e faccende domestiche (manifesta difficoltà soprattutto nell'ordinare) e difficoltà nello svolgimento di attività pratico-manuali. È riportato altresì un appiattimento del tono dell'umore, aggravatosi secondariamente ad eventi esterni quali l'isolamento fisico e sociale dovuto alla pandemia, la drastica riduzione di partecipazione ad attività ludico-ricreative e situazioni socio-relazionali e l'assistenza al coniuge affetto da malattia di Alzheimer.

**Test eseguiti**

	PG	PC	PE	Cut-off	Range
<b>TEST</b>					
<b>Cognitive Reserve Index (CRIq)</b> (Nucci, Mapelli & Mondini, 2012)	79	-	-	<= 70 <b>70:84</b> 84:114 115:130 >= 130	Basso <b>Medio-basso</b> Medio Medio-alto Alto
<b>Addenbrook's Cognitive Examination Revised (ACE-R)</b>					
(AO) <i>Attenzione e Orientamento</i>	11/18	11,9	0	<= 14,73	<b>Deficit</b>
(M) <i>Memoria</i>	7/26	11,56	0	<= 14,47	<b>Deficit</b>
(F) <i>Fluenza</i>	2/14	4,54	0	<= 6,01	<b>Deficit</b>
(L) <i>Linguaggio</i>	12/26	14,60	0	<= 18,83	<b>Deficit</b>
(VS) <i>Visuospaziale</i>	12/16	13,67	0	12,33 -13,68	<b>Sufficiente</b>
ACE-R TOT	44/100	56,29	0	<= 71,78	<b>Deficit</b>
<b>Mini Mental State Examination (MMSE)</b>	17/30	16,7	-	24	<b>Deficit</b>

**BAI (Beck Anxiety Inventory)**

I risultati del BAI hanno evidenziato un **punteggio totale di 8**, che corrisponde alla presenza di una **Ansia lieve**

PUNTEGGIO	LIVELLO ANSIA
0-7	Ansia minima
➤ 8-15	<b>Ansia lieve</b>
16-25	Ansia moderata
26-63	Grave sintomatologia ansiosa

## **Conclusioni**

Nel complesso si rileva:

- *Deficit delle funzioni attentive e di orientamento (spaziale e temporale)*
- *Deficit delle capacità di memoria e apprendimento*
- *Deficit delle funzioni linguistiche (comprensione, recupero e ricerca delle informazioni semantiche)*
- *Difficoltà di pianificazione e di flessibilità cognitiva*
- *Sufficienti abilità visuo-percettive*
- *Tono dell'umore: leggero appiattimento affettivo ed apatia*
- *Sufficiente adattamento funzionale nelle abilità di base della vita quotidiana*
- *Buona collaboratività*

## **Ipotesi diagnostica**

Lo stato cognitivo, comportamentale ed emotivo-affettivo globale rilevato sembra essere in linea con un deterioramento cognitivo moderato progressivamente ingravescente riconducibile ad una forma di demenza, la cui sintomatologia appare, verosimilmente, congruente con un quadro di tipo Alzheimer.

## **Indicazioni e trattamento**

Si consiglia visita specialistica neurologica al fine di approfondire la condizione della paziente per un corretto inquadramento diagnostico attraverso richiesta diretta di esami strumentali specifici (RM, PET/SPECT, esame liquorale) e/o per eventuale avvio di intervento terapeutico farmacologico.

Si ritiene opportuno eseguire un intervento di Terapia di riabilitazione cognitiva mirato a identificare gli obiettivi funzionali della paziente mediante l'aiuto di familiari e caregiver, accompagnato da un programma di Training cognitivo mediante esercitazioni guidate su una serie di compiti progettati per allenare le funzioni cognitive deficitarie e potenziare le abilità conservate.

## **PROPOSTA DI TRATTAMENTO**

**Terapia di riabilitazione cognitiva e Training Cognitivo** per un periodo minimo di 6 mesi a cadenza bisettimanale.

**Follow-up a 3 e a 6 mesi. Obiettivo:** garantire un buon andamento del programma di riabilitazione, monitorare la progressione dello stato cognitivo e del trattamento, intervenire prontamente e in modo integrato nella gestione dei problemi clinici intercorrenti.

L'enfasi sarà posta sul miglioramento o il mantenimento delle funzioni quotidiane, facendo leva sui punti di forza della paziente, così come evidenziati dal CRI-q, al fine di trovare adeguate strategie per compensare i deficit e sostenere l'indipendenza, affrontare le compromissioni delle disabilità conseguenti all'impatto che il deficit cognitivo causa nella vita e nelle attività quotidiane.

Il Training cognitivo si baserà su un lavoro mirato di allenamento delle abilità cognitive deficitarie e di potenziamento delle abilità residue e dei punti di forza, attraverso strumenti abilitativo/riabilitativi specifici.

Il programma prevede, a cadenza mensile, interventi mirati di **psicoeducazione** per i caregiver volti:

- *Formazione sulla demenza, sui sintomi e possibili cambiamenti nella progressione di malattia per aiutarli a fornire assistenza, comprensiva di elementi utili a comprendere e rispondere adeguatamente ai cambiamenti nel comportamento*
- *Sviluppo di strategie personalizzate e costruzione delle competenze*
- *Formazione per aiutarli ad adattare il loro stile comunicativo per migliorare le interazioni*
- *Consigli su come curare la propria salute fisica, mentale e il loro benessere emotivo e spirituale*
- *Consigli sulla pianificazione di attività piacevoli e rilevanti da fare con la persona di cui si prendono cura*
- *Informazioni sui servizi rilevanti (es. servizi di supporto, terapie psicologiche per i caregiver) e relative modalità di accesso*
- *Consigli sulla pianificazione del futuro*

In fede

Luogo e data

---

**Dott.ssa M. Rosaria Mottola**